



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIERS DE LA SANTÉ à NANCY



Faculté de Médecine

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE

DÉPARTEMENT D'ORTHOAPHONIE

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOAPHONISTE

par

Laureline Catarina

soutenu le : **27 juin 2022**

Intérêt de l'utilisation de principes et outils Montessori dans une intervention orthophonique auprès de patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs : état des lieux et perspectives.

Mémoire dirigé par : Madame POTTIER Lise, Orthophoniste, formatrice et chargée d'enseignement à l'Université de Lorraine

Président de jury : Madame TYVAERT Louise, Professeur en neurologie, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy

Assesseur : Madame ROBERT Marie-Céline, Orthophoniste

REMERCIEMENTS

Je souhaite sincèrement remercier :

Madame Pottier, de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Un immense merci pour sa bienveillance, ses encouragements, sa disponibilité et pour tout ce qu'elle m'a apportée sur le savoir-faire mais également le savoir-être professionnel durant ces deux dernières années.

Madame Tyvaert de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et de s'intéresser à mon travail.

Madame Robert pour sa présence et sa gentillesse lors des ateliers proposés à l'Ehpad ainsi que pour l'intérêt porté à mon mémoire de fin d'études.

Tous les professionnels : orthophonistes, psychologues, ergothérapeutes et aides-soignants qui ont accepté de répondre à mes questions et sans qui ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour.

Les résidents des Ehpad dans lesquels j'ai travaillé ou réalisé des stages, qui m'ont beaucoup appris sur la maladie mais également sur la vie, merci pour tous ces beaux moments partagés.

Mes maîtres de stages, qui m'ont accompagnée et fait grandir au cours de ces cinq années d'études ; et particulièrement Célia, ma maître de stage long, pour son écoute, son soutien et sa bonne humeur ; les jeudis à ses côtés vont me manquer.

Mes parents, qui m'ont permis de m'épanouir et d'être heureuse aujourd'hui, ils ont été mon plus grand soutien dans les moments de joie comme de doute. Merci pour leur patience et pour le temps consacré à relire et à commenter ce mémoire.

Mon petit frère, qui n'a cessé de m'encourager et de croire en mes capacités.

Mes grands-parents pour leur soutien sans faille. J'ai une pensée particulière pour ma mamie Cata, emportée par la maladie d'Alzheimer et mon papi Cata, qui a été un aidant admirable.

Amandine, ma colocataire de choc et plus belle rencontre, Estelle, Laura et mes autres copines nancéennes, merci pour tous les échanges enrichissants et fous rires que nous avons eus, merci d'avoir rendu ces cinq années mémorables et d'avoir été présentes dans les moments de stress.

Clara, mon amie d'enfance, ainsi que mes amis alsaciens, merci pour leur bonne humeur et toutes ces belles années passées à leurs côtés.

Arnaud, d'avoir été ma bouffée d'oxygène. Merci d'avoir été à mon écoute, patient, positif et réconfortant lorsque cela était nécessaire.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée, Laureline CATARINA, inscrite à l'Université de Lorraine, atteste que ce travail est le fruit d'une réflexion et d'un travail personnels et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées. Je certifie que toutes les utilisations de textes préexistants, de formulations, d'idées, de raisonnement empruntés à un tiers sont mentionnées comme telles en indiquant clairement l'origine.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

Fait à Vandoeuvre les Nancy, le 30.05.2022

Signature

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Catarina".

SOMMAIRE

Remerciements	2
Introduction	8
Partie 1 : Ancre théorique	9
Chapitre 1 Les troubles neurocognitifs	10
1 Cadre et définitions	10
1.1 Définition et évolution terminologique	10
1.2 Différence entre Trouble Neurocognitif mineur (TNCm) et Trouble Neurocognitif Majeur (TNCM)	10
1.2.1 Trouble neurocognitif mineur (TNCm).....	11
1.2.2 Trouble neurocognitif majeur (TNCM)	11
1.3 Les différents stades des TNCM	11
2 Description et caractéristiques des troubles neurocognitifs majeurs	12
2.1 TNCM corticaux	12
2.1.1 TNCM dû à la Maladie d'Alzheimer	12
2.1.2 Dégénérescence lobaire fronto-temporale.....	13
2.2 TNCM sous-corticaux	14
2.2.1 Maladie de Parkinson	15
2.3 TNCM cortico-sous-corticaux	15
2.3.1 Maladie à corps de Lewy	15
2.4 Démences vasculaires.....	16
3 Atteintes cognitives dans les TNCM.....	17
3.1 Les troubles mnésiques.....	17
3.2 Les troubles du langage	18
3.3 Les troubles des fonctions exécutives	21
3.4 Les troubles attentionnels	22

3.5	Les troubles praxiques et gnosiques	22
3.6	Les troubles d'orientation spatio-temporelle	23
4	Impact des TNCM sur la communication et la vie quotidienne des patients	23
4.1	Lors d'une atteinte légère	23
4.2	Lors d'une atteinte modérée à sévère	24
	Chapitre 2 Les prises en charge thérapeutiques des tncm	25
1	Prises en soin médicamenteuses.....	25
2	Prises en soin non-médicamenteuses	26
2.1	Thérapies globales	26
2.1.1	L'Humanitude	26
2.1.2	La Validation.....	27
2.2	Thérapies portant sur la cognition	27
2.2.1	La stimulation cognitive et la remédiation cognitive	27
2.2.2	Thérapie de réminiscence.....	28
2.2.3	Thérapie écosystémique	28
2.3	Thérapies portant sur le comportement	29
2.3.1	Thérapie par la méditation pleine conscience et la relaxation.....	29
2.3.2	Thérapies sensorielles	29
2.3.3	Thérapie par la médiation animale	30
2.3.4	Thérapie par l'activité physique adaptée.....	30
3	La place de l'orthophoniste	31
3.1	Rôle de l'orthophoniste auprès du patient	31
3.1.1	Nomenclature orthophonique	31
3.1.2	Recommandations de la HAS	31
3.1.3	Prises en soin orthophoniques	32
3.2	Rôle de l'orthophoniste auprès des aidants	33

Chapitre 3 Montessori, une approche alternative pour accompagner les personnes souffrant de TNCM	34
1 La pédagogie Montessori	34
1.1 Origine	34
1.2 Principes de la pédagogie, piliers et outils de la pratique.....	34
2 L'adaptation de la méthode Montessori aux personnes souffrant de TNCM.....	36
2.1 Cameron Camp	36
2.2 Objectifs.....	37
2.3 Principes clés	37
2.4 Activités et outils adaptés de la méthode Montessori.....	40
2.5 Résultats scientifiques	41
3 L'approche Montessori en orthophonie	41
3.1 Rôle de l'orthophoniste, principes et outils Montessori dans les prises en soin orthophoniques	42
3.2 Montessori dans les prises en soin orthophoniques de patients souffrant de TCNM	43
Partie 2 : Partie méthodologique	44
1 Problématique et hypothèses	45
1.1 Problématique.....	45
1.2 Hypothèses.....	45
2 Méthodologie expérimentale	45
2.1 Objectifs de l'étude et démarche expérimentale.....	45
2.2 Population.....	46
2.2.1 Les orthophonistes français	46
2.2.2 Les professionnels de santé utilisant l'approche Montessori dans leur exercice	48
2.3 Outils méthodologiques	49
2.3.1 Choix des outils.....	49
2.3.2 Construction des questionnaires.....	50

2.3.3	Modalités de passation des entretiens	50
2.3.4	Modalités de l'observation active	51
2.3.5	Construction de la brochure d'information	51
2.4	Modes de traitement des données	51
2.5	Précautions méthodologiques	51
Partie 3 : Résultats	52	
1	Analyse des questionnaires	53
1.1	Connaissances générales sur Montessori.....	53
1.2	Application concrète de Montessori dans les prises en soin orthophoniques.....	55
1.3	Prises en soin orthophoniques de patients souffrant de TNCM	59
2	Analyse des entretiens.....	62
2.1	Intérêt et formation des professionnels interrogés.....	62
2.2	Utilisation de la méthode Montessori adaptée aux patients souffrant de TNCM.....	63
2.3	Opinion des professionnels sur cette approche.....	67
3	Observation d'ateliers Montessori menés en Ehpad et ressenti des orthophonistes	69
3.1	Déroulé des ateliers observés	69
3.2	Evolutions des principes et outils Montessori proposés dans les ateliers.....	70
3.3	Opinion des orthophonistes proposant les ateliers	74
Discussion.....	77	
1	Synthèse des résultats et validation des hypothèses	77
2	Limites de l'étude.....	78
3	Perspectives	79
Conclusion.....	80	
Bibliographie	81	
Annexes	87	

INTRODUCTION

Le rapport mondial Alzheimer 2021, publié en septembre par l'Université de McGill (Montréal) et intitulé « Voyage à travers le diagnostic de la démence », révèle que « 75 % des 55 millions de personnes atteintes de démence dans le monde ne sont pas diagnostiquées. » Ce chiffre peut atteindre 90 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Par ailleurs, 90 % des cliniciens ont indiqué des retards de diagnostic supplémentaires dus à la COVID-19. Mais, selon ce rapport, « À mesure que des médicaments contre la démence seront disponibles et que les tests diagnostiques évolueront, un tsunami de demandes de diagnostics de démence devrait submerger les systèmes de santé », suivi d'une explosion des demandes de prises en soin.

En France, les maladies neurodégénératives sont un enjeu de santé publique, plusieurs « plans maladies neurodégénératives » ont vu le jour et la Haute Autorité de Santé diffuse régulièrement des recommandations afin d'améliorer le diagnostic et la prise en soin des nombreux malades. Alzheimer et les maladies apparentées touchent environ 1 million de personnes en France. Ces chiffres augmentent sans cesse et devraient doubler d'ici 2050.

La maladie d'Alzheimer serait à l'origine de la majorité des troubles neurocognitifs (près de 70% des cas) (Poirier & Gauthier, 2011). De nombreux domaines cognitifs peuvent être touchés : l'attention, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les praxies et les gnosies, ou encore la cognition sociale (HAS, 2018). Il paraît donc primordial que ces personnes soient accompagnées par des professionnels de santé dont les orthophonistes, puisque la communication est fréquemment altérée.

Les prises en soin orthophoniques pour ce type de troubles sont en générales longues et l'orthophoniste se doit de proposer un projet de soin personnalisé ainsi que des supports variés mais surtout adaptés à chaque patient en fonction de l'évolution de la maladie. Pour ce faire, l'orthophoniste peut s'appuyer sur de nombreuses thérapies bien connues (Humanitude, Validation, remédiation cognitive...) et, pour enrichir sa pratique, il peut aussi se tourner vers des approches émergentes telles Montessori qui s'inscrit dans la continuité d'autres thérapies.

Dans notre étude, nous nous intéresserons à cette approche, dont les principes ont été adaptés pour les personnes souffrant de troubles neurocognitifs par Cameron Camp ; nous tenterons de mettre en lumière sa théorie, son utilisation, ses apports et son application au champ de l'orthophonie.

PARTIE 1 :

ANCRAGE THEORIQUE

CHAPITRE 1

LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

1 Cadre et définitions

1.1 Définition et évolution terminologique

Les troubles neurocognitifs correspondent à des déficits acquis, significatifs et évolutifs, qui sont caractérisés par un déclin dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ces troubles font suite à des lésions cérébrales et ce déficit cognitif persistant ne peut s'expliquer par un état confusionnel ou un trouble mental (une dépression, des troubles psychotiques ou autres troubles mentaux) (HAS, 2018c).

La dénomination « Troubles neurocognitifs » est relativement récente. Elle fait son apparition comme titre d'un chapitre dans la 5e édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM) publié en 2013, qui est la classification officielle de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). Ce chapitre se substitue à celui intitulé « Délirium, démences, troubles amnésiques et autres troubles cognitifs » dans le DSM-IV, datant de 1994. L'une des principales raisons de ce changement d'intitulé est la volonté de supprimer le terme « démence », à connotation négative voire stigmatisante. En plus de ce renouveau terminologique, le DSM-5 présente des modifications dans les critères diagnostiques de ces troubles. Afin de pouvoir classer les troubles neurocognitifs, les chercheurs se sont appuyés sur 6 domaines principaux de la fonction cognitive : attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, fonction perceptivo-motrice et cognition sociale (Sachdev & al., 2014).

Le DSM-5 regroupe dans ce chapitre intitulé « Troubles neurocognitifs » trois syndromes : le délirium également appelé « trouble confusionnel », le trouble neurocognitif léger et le trouble neurocognitif majeur.

1.2 Différence entre Trouble Neurocognitif mineur (TNCm) et Trouble Neurocognitif Majeur (TNCM)

Tout trouble neurocognitif, qu'il soit léger ou majeur, est caractérisé par un déclin, comparativement au niveau antérieur du patient, dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Les troubles neurocognitifs se situent en fait sur un continuum. Les critères énoncés par le DSM-5

pour les troubles cognitifs légers et pour les troubles cognitifs majeurs sont semblables. La différence repose principalement sur la gravité des troubles cognitifs et l'impact fonctionnel de ceux-ci.

1.2.1 Trouble neurocognitif mineur (TNCm)

Le trouble neurocognitif mineur est également nommé trouble neurocognitif léger ou « Mild cognitive impairment ». Il s'agit d'un intermédiaire entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique. La mention du trouble neurocognitif léger est également une nouveauté du DSM 5 : auparavant, la sévérité moindre d'un trouble cognitif était classée dans le chapitre « trouble cognitif non spécifié ».

Le trouble neurocognitif mineur désigne une baisse des capacités cognitives, plus importante que lors du vieillissement « normal », sans toutefois que celle-ci n'impacte l'autonomie de la personne. Pour éviter toute perte d'autonomie dans sa vie quotidienne, la personne touchée par le trouble cognitif doit mettre en place des stratégies compensatoires. Le trouble neurocognitif léger peut s'accompagner ou non de perturbations du comportement (American Psychiatric Association, 2013). Nous pouvons noter que le trouble neurocognitif mineur peut évoluer vers un trouble neurocognitif majeur (dans environ 60% des cas) mais ce ne sera pas obligatoirement le cas.

1.2.2 Trouble neurocognitif majeur (TNCM)

Le trouble neurocognitif majeur (TNCM) désigne une « réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment importante pour que la personne ne soit plus capable d'effectuer seule les activités de la vie quotidienne » (American Psychiatric Association, 2013). Il est également nécessaire de préciser, lors de la pose d'un diagnostic de TNCM, s'il s'agit d'un TNCM avec ou sans perturbation du comportement (American Psychiatric Association, 2013).

1.3 Les différents stades des TNCM

Les pertes cognitives caractérisant le TNCM peuvent être plus ou moins importantes et doivent être évaluées. Les tests proposés en première intention sont des tests de dépistage, les plus connus étant le MiniMental State Examination (MMSE) et la Montreal Cognitive Assessment (MoCa). Des études récentes recommandent d'utiliser plutôt cette dernière

(Siquiera et al., 2019). Il est ensuite nécessaire de proposer au patient des tests neuropsychologiques ou, à défaut, d'autres tests standardisés qui permettent une analyse plus poussée des déficits cognitifs. Ils permettront ainsi de détecter un trouble neurocognitif voire un diagnostic différentiel. On pose le diagnostic de TNCm lorsque le patient obtient un score entre -1,5 et -2 écart-types. Le score doit être supérieur à -2 écart-types pour parler de TNCM. Il est ensuite possible de préciser la sévérité du TNCM (Amieva et al., 2014).

On distingue classiquement trois stades :

- L'atteinte légère : difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne : le score obtenu au MMSE est compris entre 25 et 20.
- L'atteinte modérée : difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne : le score obtenu au MMSE est compris en 19 et 10.
- L'atteinte sévère : dépendance complète : le score obtenu au MMSE est inférieur à 10.

2 Description et caractéristiques des troubles neurocognitifs majeurs

Les troubles neurocognitifs majeurs peuvent avoir de nombreuses étiologies. Les caractéristiques cliniques que présente le patient ne sont pas forcément spécifiques à l'une des étiologies. Pour pouvoir poser un diagnostic, il est primordial de considérer toutes les étiologies possibles et de les exclure au fur et à mesure afin d'obtenir la cause la plus probable. Un diagnostic ne peut être totalement assuré, c'est pourquoi on parlera de diagnostic probable ou possible en fonction des critères remplis par le patient. Comme le souligne le DSM, gardons également à l'esprit qu'un trouble neurocognitif peut co-exister avec un autre trouble, ce qui peut rendre le diagnostic plus complexe.

2.1 TNCM corticaux

Les TNCM corticaux sont dus à une atteinte du cortex cérébral.

2.1.1 TNCM dû à la Maladie d'Alzheimer

Epidémiologie et caractéristiques :

La maladie d'Alzheimer (MA) est l'étiologie la plus fréquente des TNCM. Elle serait à l'origine de jusqu'à 70% des cas de troubles neurocognitifs (Poirier & Gauthier, 2011), et concernerait ainsi 1 100 000 personnes en France selon l'étude épidémiologique française

PAQUID. La maladie d’Alzheimer touche principalement les personnes âgées de plus de 65 ans et concerne entre 15 et 20% de la population âgée de plus de 80 ans (Association France Alzheimer, 2021).

Nous devons la découverte de cette maladie à Aloïs Alzheimer, qui est le premier à avoir décrit les deux grands types de lésions du système nerveux central caractéristiques de la MA : la présence de plaques séniles extracellulaires dues à la protéine “bêta amyloïde” et la présence de dégénérescences neurofibrillaires en lien avec le dysfonctionnement de la protéine tau. Si la maladie d’Alzheimer est donc liée à une dégénérescence neuronale et synaptique, la cause exacte sous-jacente est encore inconnue à ce jour.

La maladie d’Alzheimer est marquée par un début insidieux et un développement progressif. En effet, cette maladie correspond à un processus lent qui se développe durant des années, voire des décennies avant que les premiers symptômes de la maladie n’apparaissent. Ainsi, trois stades ont été définis : le stade présymptomatique, le stade symptomatique pré-démentiel ou prodromal (correspondant au TNCm) et le stade dementiel (correspondant donc au TNCM). La différence entre ces stades peut notamment être objectivée en analysant les biomarqueurs tels que les modifications de taux de protéines dans le liquide céphalo-rachidien, ou encore les modifications structurales grâce à la neuroimagerie (IRM ou TEP) (Amieva et al., 2014).

Symptomatologie et diagnostic :

Dans l’esprit des gens, “maladie d’Alzheimer” est associée à “perte de mémoire”. Il est vrai que les troubles mnésiques constituent le symptôme dominant de la maladie d’Alzheimer (Khosravi, 2011). Mais au fur et à mesure de l’évolution de la maladie, d’autres zones cérébrales, à savoir les aires temporo-pariétales et même frontales seront touchées, ce qui engendrera d’autres troubles cognitivo-linguistiques (Mc Kahn et al., 2011), nous y reviendrons dans le chapitre 3. Le diagnostic se fait sur la base de critères établis par le DSM-5.

2.1.2 Dégénérescence lobaire fronto-temporale

Epidémiologie et caractéristiques :

Les dégénérescence lobaire fronto-temporale (DLFT) ont été décrites pour la première fois par Arnold Pick en 1892. Si cette pathologie est beaucoup plus rare que la maladie d’Alzheimer (environ 11 cas pour 100 000 personnes) (Association France Alzheimer, 2021),

il s'agit tout de même de la troisième démence dégénérative la plus répandue (Hugo & Ganguli, 2014).

La dégénérescence lobaire fronto-temporale correspond au niveau physiopathologique à une dégénérescence neuronale et une atrophie au niveau des lobes frontal et temporal. Tout comme pour la maladie d’Alzheimer, l’apparition d’une DLFT est insidieuse et progressive. Les DLFT ont fréquemment une origine génétique (jusqu’à 40% des patients ont une forme familiale) et il s’agit d’une cause fréquente de démence précoce (Hugo & Ganguli, 2014). Les DLFT comprennent différentes variantes : la forme comportementale correspondant à la démence fronto-temporale (DFT) et les formes langagières (Aphasies Primaires Progressives fluente, non fluente et logopénique).

Symptomatologie et diagnostic :

La forme comportementale est caractérisée, comme son nom l’indique, par un changement du comportement et de la personnalité. On peut par exemple noter une diminution voire une perte des convenances sociales, d’empathie, accompagnée d’irritabilité ou d’agressivité, ou encore une certaine apathie. Des comportements persévérandts peuvent également être présents. Des changements concernant les habitudes alimentaires peuvent aussi apparaître (Sachdev & al., 2014). Plus récemment, Rascovsky a établi des critères pour cette variante, nommée DFT-c (Rascovsky et al., 2011).

Les différentes formes langagières, dites aphasies primaires progressives, ont été décrites successivement par Neary, Mesulam et Gorno Tempini (Neary et al., 1998 ; Mesulam, 2001 ; Gorno Tempini et al., 2011). Il s’agit d’un trouble du langage isolé et évolutif, lié à l’atteinte focale de régions cérébrales impliquées dans le langage (lobes frontal, temporal et pariétal). Gorno Tempini ajoute à la variante non fluente et la variante sémantique une troisième variante dite “logopénique” et en précise les critères diagnostics. Ces trois variantes seront détaillées dans la partie décrivant les troubles du langage dans les TNCM.

2.2 TNCM sous-corticaux

Les TNCM sous-corticaux correspondent à une atteinte des structures profondes, plus précisément des noyaux gris centraux.

2.2.1 Maladie de Parkinson

Epidémiologie et caractéristiques :

La maladie de Parkinson (MP) est une maladie neuro-dégénérative qui touche plus de 200 000 personnes en France (Association France Parkinson, 2021). Cette maladie se caractérise par la dégénérescence puis la disparition des neurones dopaminergiques situés dans la substance noire du cerveau. Ces neurones spécifiques fabriquent de la dopamine, un neurotransmetteur indispensable au contrôle des mouvements (Dubois & Michon, 2015).

Symptomatologie et diagnostic :

Les principaux symptômes connus de la maladie de Parkinson sont la lenteur dans les mouvements, des tremblements au repos et une rigidité. Deux au moins de ces trois symptômes sont nécessaires pour poser le diagnostic d'une maladie de Parkinson. De plus, les symptômes se manifestent surtout d'un seul côté du corps, on parle de manifestation asymétrique. Il ne s'agit pas des seuls signes cliniques de la maladie de Parkinson. En effet, la dopamine est aussi impliquée dans l'humeur et la motivation. On peut donc noter chez les patients une certaine apathie voire un désintérêt général. La maladie de Parkinson affecte également différentes fonctions cognitives (cf chapitre 3).

2.3 TNCM cortico-sous-corticaux

Les TNCM cortico-sous-corticaux touchent à la fois le cortex et les structures situées en profondeur.

2.3.1 Maladie à corps de Lewy

Epidémiologie et caractéristiques :

Découverte dans les années 1920 et décrite précisément dans les années 1960, la démence à corps de Lewy (DCL) est une maladie neurodégénérative qui toucherait aujourd'hui environ 250 000 personnes en France (Association France Alzheimer, 2021). La démence à Corps de Lewy se classe au deuxième rang des maladies neuro-dégénératives, après la MA (Dubois & Michon, 2015).

La démence à corps de Lewy correspond à une accumulation de dépôts de la protéine alphasynucléine dans les cellules nerveuses du cerveau. Cette maladie se rapproche de la maladie de Parkinson et, pour les distinguer, on se base sur des données temporelles. En effet,

dans la DCL, la déficience cognitive précède l'apparition du syndrome parkinsonien, ou elle apparaît au plus tard dans l'année qui suit (Emre et al., 2007).

Symptomatologie et diagnostic :

Les symptômes cognitifs de la maladie sont nombreux, nous y reviendrons dans le chapitre 3. Le patient peut également présenter des changements d'humeur ou de comportement, comme par exemple une apathie, une agitation, une anxiété voire un état paranoïaque. Toutes ces difficultés sont fluctuantes. On peut souvent noter chez ces patients des changements imprévisibles et soudains. En plus des troubles cognitifs et comportementaux, les patients peuvent également souffrir de troubles moteurs qui sont évocateurs d'un syndrome parkinsonien. Par ailleurs, environ 80% des personnes malades souffrent d'hallucinations principalement visuelles, et ce souvent dans les premiers stades de la maladie (Dubois & Michon, 2015).

2.4 Démences vasculaires

Epidémiologie et caractéristiques :

La démence vasculaire (DV), qui n'est pas une pathologie neuro-dégénérative, se place au deuxième rang des démences, après la maladie d'Alzheimer (entre 15 et 20% des démences) (Dubois & Michon, 2015). Cette démence peut également être nommée déficience cognitive vasculaire ou trouble cognitif vasculaire. Historiquement, cette étiologie fait référence à des troubles cognitifs en relation temporelle avec un ou des événements vasculaires. Cependant toute démence qui fait suite à un AVC n'est pas nécessairement due à la seule pathologie vasculaire : une origine dégénérative est également possible (démence mixte).

Symptomatologie et diagnostic :

Les critères diagnostiques reposent sur l'association d'une démence et d'une maladie cérébrovasculaire. Cette dernière doit être objectivée en s'appuyant sur les troubles cognitifs (le déclin cognitif prédomine sur l'attention complexe et les fonctions exécutives frontales) et les lésions vasculaires visibles à l'imagerie. Le diagnostic peut s'avérer complexe, notamment au vu de la diversité possible de l'étiologie des lésions responsables de divers troubles cognitifs: démence par infarctus ischémique, par infarctus multiples, démence hémorragique... Cette hétérogénéité étiologique explique les présentations cliniques différentes. La nature et la sévérité des troubles cognitifs vont varier en fonction de la localisation et de l'étendue des lésions vasculaires.

3 Atteintes cognitives dans les TNCM

Les atteintes cognitives dans les TNCM varient en fonction des étiologies mais également de l'évolution dans le temps du TNCM. Il s'agit ici d'une description symptomatologique théorique qui peut bien entendu différer en fonction des variabilités inter-individuelles des patients.

3.1 Les troubles mnésiques

Le trouble de la mémoire est l'une des principales atteintes cognitives dans les TNCM. Comme le souligne Eustache, il est fréquent qu'une personne souffrant de TNCM se répète dans une conversation, pose plusieurs fois la même question ou encore oublie certains rendez-vous (Amieva et al., 2014). En réalité, l'atteinte mnésique est très variable en fonction des étiologies et du type de mémoire concerné. En effet, la mémoire est constituée d'un ensemble de systèmes et sous-systèmes. L'atteinte mnésique peut donc se manifester de multiples façons et seule la nature de celle-ci et l'évaluation des processus touchés pourront évoquer des hypothèses diagnostiques.

La mémoire sémantique fait référence aux connaissances pratiques et théoriques acquises et conservées. Elle forme la mémoire des concepts, des connaissances générales et nous permet d'appréhender le monde (Khosravi, 2011).

La mémoire épisodique se rapporte aux événements vécus, récents ou anciens, et qui sont inscrits dans un contexte temporo-spatial.

La mémoire procédurale ou implicite est la mémoire qui concerne des informations acquises et retenues comme les habiletés gestuelles ou cognitives mais qui ne font pas l'objet d'un rappel conscient.

La mémoire de travail : cette mémoire consiste à sauvegarder temporairement l'information et à la manipuler. Les troubles de la mémoire de travail sont particulièrement corrélés aux difficultés de d'attention et de concentration.

Par ailleurs, le processus mnésique implique trois phases différentes : la phase d'encodage, la phase de stockage et la phase de récupération. Ces processus sont inégalement touchés dans les TNCM.

Etiologie	Caractéristiques des troubles mnésiques.
MA	Les troubles mnésiques sont prédominants. Ce sont les mémoires épisodique, mémoire de travail et mémoire sémantique qui sont perturbées précocement. La mémoire à court terme est également touchée. Au contraire, la mémoire perceptive et la mémoire procédurale, qui mettent en jeu des processus automatiques, sont mieux préservées. Le trouble de la mémoire épisodique antérograde constitue généralement le symptôme inaugural et prédominant. Au début de la maladie, la mémoire autobiographique est mieux préservée. Progressivement, le passé lointain est aussi altéré, en lien avec l'atteinte progressive de la mémoire sémantique. On peut généralement noter un défaut d'encodage et de stockage.
DLFT	La mémoire est longtemps préservée. Lorsque la mémoire épisodique est atteinte, à un stade avancé, c'est le processus de récupération qui est altéré.
DV	On peut noter des troubles mnésiques mais l'atteinte est moins sévère que dans la maladie d'Alzheimer. La mémoire épisodique est mieux préservée. On note généralement des difficultés de récupération.
MP	La maladie de Parkinson est caractérisée par un syndrome sous-cortical frontal qui a des répercussions sur la mémoire. On peut ainsi noter des difficultés de récupération.
DCL	Au début de la pathologie, les troubles mnésiques sont très faibles et touchent principalement le processus de récupération mais avec l'évolution de la maladie, le patient va présenter un profil mnésique mixte avec une atteinte de l'encodage et du stockage.

3.2 Les troubles du langage

Une personne souffrant de TNCM peut présenter des difficultés significatives sur le plan langagier et cela sur le versant expressif et/ou sur le versant réceptif. Ces troubles langagiers sont très hétérogènes et ne sont pas toujours proportionnels aux autres troubles. Les atteintes les plus marquées touchent en général les plans lexical, sémantique et pragmatique. Au fil de l'évolution du TNCM, la fréquence et l'intensité des troubles du langage tendent à croître (Dubois & Michon, 2015).

Etiologie	Caractéristiques des troubles du langage
MA	<p>L'expression est généralement plus atteinte que la compréhension. Les troubles lexico-sémantiques sont marqués, tandis que la phonologie, la morphologie et la syntaxe sont relativement préservées. Voici les principales atteintes du langage :</p> <p>Trouble de l'incitation verbale : soit l'incitation est excessive, la personne parle beaucoup, quel que soit son interlocuteur, soit au contraire la production orale est réduite dès le début, les discussions sont rares et restreintes.</p> <p>Anomie : on note tout d'abord des difficultés d'accès au lexique puis un véritable déficit du stock sémantique. Cela se manifeste par des paraphasies sémantiques, des circonlocutions.</p> <p>Trouble de la compréhension : notamment lorsque les messages sont longs et complexes. A un stade avancé, la personne a des difficultés à suivre une conversation et présente une incompréhension globale.</p> <p>Trouble des habiletés pragmatique : difficulté de compréhension de l'implicite, de l'ironie, de l'humour... La personne va souvent changer l'objet de son discours et ne va pas tenir compte de son interlocuteur.</p> <p>Trouble des habiletés discursives : appauvrissement voire incohérence du discours, perte d'initiative dans les conversations. On peut également noter des persévéérations et l'utilisation de nombreuses paraphrases. Le discours est souvent égocentré.</p> <p>Troubles du langage écrit : Des difficultés précoces apparaissent en expression écrite. On peut souvent noter une alexie et une agraphie de surface. En somme, les capacités à communiquer diminuent nettement à un stade avancé de la maladie. La conscience des difficultés de communication se réduit également.</p>
DLFT	<p>Dans la DFT, les troubles langagiers sont étroitement liés au syndrome dysexécutif. On va alors noter une aspontanéité ou au contraire une logorrhée verbale, des troubles de la compréhension de phrases complexes, des troubles narratifs (difficultés d'organisation et de planification du discours), des troubles d'accès au lexique et des troubles de la pragmatique (la personne ne tient pas compte de son interlocuteur).</p>

	<p>Dans les formes langagières, les troubles phasiques sont au premier plan durant la phase initiale de la maladie. Ces troubles se caractérisent par la présence d'aphasies primaires progressives :</p> <p>APP Fluente : le patient présente une expression spontanée fluente mais l'informativité du discours est limitée. On peut également noter une anomie, une possible perte des connaissances sémantiques et un déficit de compréhension des mots isolés. Concernant le langage écrit, le patient présente une dyslexie-dysorthographie de surface.</p> <p>APP Non Fluente : la personne présente des difficultés à s'exprimer et à articuler. Cette APP, également nommée APP agrammatique, est caractérisée par un débit ralenti, un discours laborieux, des paraphasies phonétiques, un agrammatisme ou une dyssyntaxie, un accès au lexique plus ou moins préservé, une apraxie bucco-faciale, une altération de la compréhension des phrases complexes mais en revanche les connaissances sémantiques sont préservées.</p> <p>On associe parfois à l'APPNF l'anarthrie progressive, qui se caractérise par une apraxie de la parole isolée et progressive, liée à une apraxie bucco-linguo-faciale.</p> <p>APP Logopénique : le patient présente un discours fluide comprenant des pauses, un manque du mot, une altération de la répétition de phrases et des difficultés de compréhension de phrases. Ses connaissances sémantiques sont préservées. On peut noter dans son langage la présence de paraphasies phonémiques et de conduites d'approche. Concernant le langage écrit, le patient présente souvent une alexie phonologique.</p>
DV	Les troubles langagiers sont très hétérogènes en fonction de la zone cérébrale touchée. Ils sont en général semblables à ceux présentés dans la MA. Toutefois, les fluences verbales et discursives, la lecture et l'écriture, la compréhension et la grammaire sont plus altérées. On peut également noter un ralentissement global et des troubles de la parole notamment avec une dysarthrie et une dysprosodie.
MP	La maladie de Parkinson est caractérisée par une bradyphrénie (ralentissement cognitif). La personne met donc plus de temps à réfléchir, à prendre la parole et à organiser ses idées. On remarque généralement un appauvrissement du discours

	spontané, une diminution de la fluence verbale, un manque du mot, des simplifications syntaxiques et des difficultés de compréhension des phrases complexes.
DCL	Le langage est touché par de grandes fluctuations. On note notamment des difficultés au niveau des fluences et de la dénomination. Le discours n'est pas toujours cohérent.

3.3 Les troubles des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives regroupent diverses capacités telles que la planification, la prise de décision, l'inhibition ou encore la flexibilité mentale. Il s'agit de l'ensemble des processus qui permettent à un individu de réguler sa pensée et ses actions afin d'atteindre des buts. La personne souffrant de TNCM ne parvient plus à mobiliser ses fonctions exécutives de manière adéquate et abandonne donc souvent les tâches trop complexes. Il est primordial de détecter des troubles des fonctions exécutives au vu des répercussions qu'ils engendrent dans la vie quotidienne (Miyake et al., 2000).

Etiologie	Caractéristiques des troubles des fonctions exécutives
MA	La planification est altérée précocement. La personne présente des difficultés à exécuter des activités complexes, il est souvent impossible pour elle de réaliser une double tâche. On peut également noter des difficultés d'initiation, de concentration et d'inhibition. Le raisonnement et le calcul sont également altérés. Un trouble des fonctions exécutives peut se manifester dès le stade pré-démentiel dans la MA.
DLFT	Le syndrome dysexécutif est très important. Les patients présentent notamment des difficultés d'initiation, de planification ou encore un déficit du contrôle inhibiteur. La flexibilité mentale est également altérée.
DV	Les fonctions exécutives sont plus altérées que dans la maladie d'Alzheimer. Le patient présente souvent un syndrome dysexécutif avec des troubles de planification, d'organisation, d'initiation mais aussi d'exécution.
MP	Le syndrome dysexécutif est prédominant, notamment avec des grandes difficultés de planification et de programmation.
DCL	La flexibilité mentale, la conceptualisation, l'inhibition et la résolution de problèmes sont touchés.

3.4 Les troubles attentionnels

Les personnes souffrant de TNCM ont fréquemment des troubles de l'attention. En effet, elles ont beaucoup plus de mal à réaliser des tâches à cause d'un déficit du contrôle attentionnel. Elles sont davantage distraites, notamment lorsque l'environnement interfère, comme par exemple lorsque la télévision ou la radio sont allumées. En somme, réaliser toute tâche cognitive demande à la personne plus d'effort et de temps qu'auparavant. Ces troubles attentionnels peuvent varier en fonction des étiologies et de la sévérité du TNCM. Dans les DLFT par exemple, on note un trouble du maintien attentionnel. La maladie de Parkinson, elle, est caractérisée par une attention très fluctuante, ainsi qu'une altération de l'attention spontanée et focalisée (Dubois & Michon, 2015).

3.5 Les troubles praxiques et gnosiques

Les personnes ayant un TNCM souffrent fréquemment de troubles praxiques et gnosiques. L'agnosie désigne l'incapacité de déterminer l'usage des objets, sans lien avec une perte sensorielle. Les troubles gnosiques peuvent prendre différentes formes et affecter toutes les modalités sensorielles. Une apraxie désigne une altération de la capacité à réaliser certains gestes et donc certaines tâches de la vie quotidienne, malgré des fonctions motrices intactes (Khosravi, 2011).

Etiologie	Caractéristiques des troubles praxiques et gnosiques
MA	<p>Les troubles praxiques sont variables d'un patient à l'autre : leur apparition et leur évolution diffèrent. Cependant on peut souvent noter de prime abord une apraxie réflexive précoce (trouble de l'imitation des gestes abstraits) puis une apraxie visuo-constructive. A un stade plus sévère, les personnes peuvent souffrir d'une apraxie idéomotrice (difficulté à réaliser des gestes symboliques), ensuite d'une apraxie idéatoire (difficulté à réaliser une suite de gestes) et, pour finir, d'une apraxie de l'habillage.</p> <p>Les personnes souffrent généralement d'agnosie visuelle : ils ont du mal à distinguer les contours, les reliefs, l'espace et les distances. L'atteinte la plus fréquente est la prosopagnosie (difficulté d'identifier les visages).</p>
DLFT	Les praxies sont relativement bien préservées, notamment dans les DFT. La visuo-perception est également relativement épargnée.

	Les praxies seront en revanche touchées dans les APP non fluente et les anarthries progressives.
MP	Les patients ont des troubles praxiques caractérisés par des difficultés à réaliser des gestes ainsi qu'une coordination bi-manielle altérée. On note une apraxie visuo-constructive.
DCL	On ne note pas de trouble praxique ou gnosique.

3.6 Les troubles d'orientation spatio-temporelle

Les personnes souffrant de TNCM ont fréquemment des troubles d'orientation spatio-temporelle. A un stade avancé, le patient se trouve souvent « hors du temps [...] le passé et le présent deviennent similaires » (Crisp, 2000).

Etiologie	Caractéristiques des troubles d'orientation spatio-temporelle
MA	De grandes difficultés à se situer dans l'espace et le temps apparaissent de façon précoce.
DLFT	Les patients ont souvent des difficultés d'orientation temporelle. En revanche, l'orientation spatiale est préservée.
DV	En fonction des zones cérébrales touchées, la personne peut souffrir ou non de désorientation spatio-temporelle.
MP	Les troubles de l'orientation spatio-temporelle ne sont pas au premier plan dans cette maladie.
DCL	Les fluctuations de l'attention, de l'état de vigilance et des capacités visuo-spatiales peuvent mener à une désorientation.

4 Impact des TNCM sur la communication et la vie quotidienne des patients

4.1 Lors d'une atteinte légère

Lorsqu'une personne souffre d'une atteinte légère d'un TNCM, elle est dépendante pour réaliser certaines activités instrumentales de la vie quotidienne mais elle possède encore une grande partie de ses capacités cognitives. En général les habiletés sociales sont maintenues et la personne ne présente pas de gros troubles du comportement. Lors d'une atteinte légère, il est

possible que la personne se rende compte de ses difficultés. L'impact des TNCM sur la communication reste mesuré, la personne parvient à se faire comprendre malgré les éventuels manques du mot, et la compréhension n'est que peu altérée. La personne pourra notamment mettre en place des stratégies de compensation afin de garder une communication la plus efficiente possible.

4.2 Lors d'une atteinte modérée à sévère

Lorsque l'atteinte est plus importante, les troubles cognitifs et langagiers sont majorés. Au niveau du comportement, on peut voir apparaître des modifications de la personnalité. Les troubles sont très variables d'un patient à l'autre mais on peut notamment observer une anxiété, une dépression, des hallucinations ou encore des idées délirantes. Ces comportements, associés à une apathie, ont souvent des répercussions importantes sur la communication. L'incitation verbale devient faible et la personne souffrant de TNCM refuse peu à peu les contacts amicaux.

On peut également voir apparaître des troubles socio-émotionnels tels que des déficits de la cognition émotionnelle (difficultés de reconnaissances ou de réalisation des émotions), des déficits de la cognition sociale (altération de la théorie de l'esprit) ou encore des déficits de la cognition morale (altération du jugement moral) (Amieva et al., 2014). Autant d'éléments qui vont entraver les capacités pragmatiques de la personne dont le discours pourra être incohérent.

Bien entendu, suite à l'apparition du TNCM, la vie quotidienne est perturbée. La personne n'est plus autonome pour réaliser les tâches de la vie quotidienne, et il se peut également que certains paramètres naturels soient perturbés, notamment avec des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation ou encore des troubles urinaires. Cela complique la gestion du quotidien pour la personne malade et pour les aidants. En général, lors de l'avancée de la maladie, la personne devient anosognosique, elle n'a alors plus conscience de ses troubles.

Petit à petit, la personne a beaucoup de mal à s'exprimer et à comprendre les messages qui lui sont adressés, elle devient incapable de transmettre tous ses désirs, jusqu'au stade où toutes les fonctions verbales sont perdues (Rousseau, 1995). A un stade très avancé de TNCM on peut fréquemment observer une perte de l'identité personnelle (Amieva et al., 2014).

Enfin, nous pouvons noter que lorsque la personne souffre d'un TNCM à un stade avancé, il y a de grandes chances pour qu'elle soit placée en institution, ce qui est engendré forcément un bouleversement dans son quotidien.

CHAPITRE 2

LES PRISES EN CHARGE THERAPEUTIQUES DES TNCM

Comme nous l'avons vu précédemment, la nature des déficits, leur manifestation, leur sévérité et leur retentissement sur la vie quotidienne sont bien différents d'un patient à l'autre. Il sera alors du devoir des professionnels de santé de proposer au patient la ou les prises en soin qui lui seront le mieux adaptées parmi un large panel d'interventions possibles.

1 Prises en soin médicamenteuses

Les traitements sont à ce jour uniquement symptomatiques, c'est à dire qu'ils agissent sur les troubles cognitifs ou comportementaux et ont pour objectif de soulager les patients et d'améliorer leur qualité de vie ainsi que celle de leurs aidants. En revanche, ces traitements n'agissent pas sur le mécanisme étiopathogénique de la maladie : ils ne permettent pas de stopper le processus de la maladie. Ces traitements visent à compenser les déficits en neurotransmetteurs.

Il existe aujourd'hui deux grands types de traitements médicamenteux spécifiques à la maladie d'Alzheimer et autres troubles apparentés. D'une part, les « anticholinestérasique », qui visent à compenser le déficit en acétylcholine caractéristique de la maladie d'Alzheimer. Trois médicaments correspondants sont sur le marché : l'Aricept, l'Exelon et le Réminyl. D'autres part, des traitements dits « antiglutamates ». Il n'existe qu'un médicament : l'Ebixa (mémantine), qui agit en bloquant les récepteurs neuronaux du neurotransmetteur glutamate dont le fonctionnement excessif est délétère (Crosile, 2015). Certains médicaments comme l'Exelon, peuvent également être proposés aux patients souffrant de maladie de Parkinson ou DCL. En revanche, pour les DFT, il n'existe aucun traitement spécifique à ce jour. Les médicaments proposés contiennent ainsi des molécules utilisées pour traiter les troubles comportementaux (Dubois & Michon, 2015).

Plusieurs traitements qui viseraient à ralentir l'évolution de la maladie, en agissant sur la production de l'amyloïde ou encore sur la dégradation de celle-ci sont aujourd'hui étudiés. L'immunothérapie est également envisagée par les chercheurs. Les études actuelles cherchent à concevoir un traitement qui serait capable de modifier l'évolution de la maladie en agissant sur le mécanisme physiopathologique, par opposition aux traitements symptomatiques (Amieva et al., 2014).

Les personnes souffrant de TNCM avec troubles du comportement sont parfois amenées à prendre d'autres médicaments comme par exemple des antidépresseurs, des antipsychotiques ou encore des anxiolytiques ; afin d'agir sur la dépression, l'agitation, l'agressivité, les variations d'humeur ou encore sur l'anxiété (Rousseau, 2018a).

2 Prises en soin non-médicamenteuses

La HAS recommande, en plus des interventions médicamenteuses, de recourir à des interventions non pharmacologiques. Une intervention non médicamenteuse est une intervention non invasive correspondant à une méthode ou un programme. Ces prises en soin peuvent être très variées : elles peuvent être individuelle ou de groupe, elles peuvent couvrir différents domaines tels que la cognition, les capacités fonctionnelles, la vie sociale, l'estime de soi... et ont des objectifs variés. Nous allons citer les principes de base des thérapies actuellement utilisées, il est nécessaire de garder à l'esprit qu'il peut y avoir une certaine hétérogénéité dans l'application concrète proposée par les différents professionnels.

Les thérapies ont pour but de maintenir les capacités langagières et cognitives et d'agir ainsi sur le confort et la qualité de vie non seulement du malade mais également de son entourage (Rousseau, 2018b). Elles pourront être proposées aux différents stades de la maladie, tout en étant adaptées. Dans tous les cas, elles doivent être ciblées, personnalisées et pragmatiques.

2.1 Thérapies globales

2.1.1 L'Humanitude

L'Humanitude repose sur le concept que l'homme serait un animal communiquant doté de capacités et vivant dans un milieu particulier, où il a des besoins particuliers. Ce courant a été adapté aux soins par Yves Gineste et Rosette Marescotti dans les années 1990, et vise à redonner de la dignité à la personne malade (Luquel, 2008). Cette dignité passerait notamment par les gestes du professionnel qui doit être doux et bientraitant, particulièrement chez les personnes souffrant de TNCM dont seule la mémoire émotive est préservée. Le soignant s'appuie sur quatre piliers : la parole, le regard, le toucher et la verticalité afin de maintenir une communication avec le malade et de préserver sa dignité (Gineste & Pellissier, 2019). L'Humanitude prône l'importance des dimensions humaines et sociales. Les activités proposées

en maison de retraite ne doivent pas se limiter à du loisir ou à un passe-temps mais doivent créer un lien social. Les objectifs sont de développer l'animation solidaire, le projet d'accompagnement social personnalisé et la communication des personnes souffrant de TNCM (Crône et al., 2021).

2.1.2 La Validation

La méthode de Validation affective, aussi appelée thérapie par empathie, a été créée par Naomie Feil en 1963. À travers cette méthode, Naomie Feil va à l'encontre des idéaux de l'époque considérant la maladie d'Alzheimer comme un pronostic inéluctable qui va progressivement aliéner le malade. En effet, elle pose des principes permettant d'entretenir une relation de qualité avec les personnes malades. Il s'agit, en améliorant la communication, de maintenir du lien et de contribuer à restaurer le sentiment de valeur personnelle, de réduire l'anxiété et d'améliorer le bien-être des patients (Munsch-Roux & Munsch, 2008). L'objectif est donc de promouvoir la communication avec le patient, que cela passe par le verbal ou le non-verbal. Les points clés de cette méthode sont l'empathie et la théorie des neurones miroirs. En fonction de l'évolution du TNCM, Naomie Feil définit 4 stades pour lesquels elle préconise des techniques différentes. Le premier stade est celui de la mal orientation, auquel sont associées les techniques verbales. Les stades 2 (confusions temporelles) et 3 (mouvements répétitifs) sont associés aux techniques non verbales et enfin le 4e stade correspond à l'état végétatif où les canaux sensoriels peuvent parfois être encore utilisés.

2.2 Thérapies portant sur la cognition

2.2.1 La stimulation cognitive et la remédiation cognitive

La stimulation cognitive est la première technique de prise en soin des TNCM non médicamenteuse à avoir vu le jour (Amieva, 2014). L'objectif de cette technique est de stimuler la cognition de manière globale en utilisant des exercices variés portant sur différentes capacités cognitives afin de renforcer les ressources cognitives, fonctionnelles, affectives et sociales des patients. On peut distinguer deux types d'intervention : les stratégies compensatoires (qui visent à mettre en place de nouvelles stratégies pour réussir une tâche cognitive) et les stratégies restauratrices (qui visent la fonction altérée par un entraînement répétitif d'une tâche, on vise ici l'amélioration des performances) (Sabadell et al., 2018).

La réhabilitation ou remédiation cognitive est plus spécifique. Elle repose sur une intervention individuelle où des objectifs personnels doivent être identifiés. Il s'agit d'une intervention écologique (en rapport avec des activités de la vie quotidienne, des loisirs du patient...) qui cible une tâche précise. L'objectif est d'améliorer les performances au quotidien en instaurant des stratégies compensatrices, en se basant sur les capacités cognitives résiduelles du patient pour que celui-ci parvienne à réaliser de façon autonome la tâche demandée (Clare & Woods, 2004). Il peut également s'agir du réapprentissage et du maintien d'informations pertinentes pour une utilisation en contexte dans la vie quotidienne. Différentes stratégies peuvent être utilisées, la plus connue étant celle de l'apprentissage sans erreur (Clare et al., 2000). Cette thérapie peut être proposée aux différents stades du TNCM, il suffit de l'adapter aux troubles, aux capacités et aux besoins du patient.

Différentes études ont cherché à mesurer l'efficacité des thérapies cognitives, mais l'on retrouve principalement des études de cas uniques ou réalisées avec un nombre limité de patient, les études peinent donc à mettre en avant des résultats significatifs (Dubois & Michon, 2015).

2.2.2 Thérapie de réminiscence

Cette thérapie, également nommée « thérapie par évocation du passé », permet de stimuler diverses capacités telles que le sentiment d'identité ou les capacités sociales, et cela en s'appuyant sur la mémoire autobiographique du patient qui est longtemps préservée comme nous l'avons vu précédemment. Les patients évoquent ainsi des expériences ou événements vécus. La thérapie de réminiscence s'effectue fréquemment en groupe et le professionnel peut notamment s'appuyer sur des photographies ou des objets personnels.

D'après certaines études, cette thérapie a une efficacité significative sur la cognition et plus particulièrement sur la mémoire autobiographique. Elle peut aussi diminuer la symptomatologie dépressive ou des troubles du comportement selon certaines études (Woods et al., 2005).

2.2.3 Thérapie écosystémique

La thérapie écosystémique des troubles du langage et de la communication de Rousseau vise à prendre en compte le milieu de vie ainsi que le système dans lequel évolue le patient (Rousseau, 2018b). La thérapie écosystémique prend également en compte que le patient, avec ses troubles cognitifs, risque de modifier l'équilibre du système dans lequel il vit.

Cette thérapie s'appuie sur une évaluation des troubles du langage et de la communication et de leur retentissement dans la vie du patient ainsi qu'une évaluation des facteurs aggravant de ces troubles. La thérapie visera un travail au niveau des facteurs environnementaux qui permettra de réduire l'impact des facteurs perturbateurs.

Cette thérapie ne remplace pas une prise en soin plus classique, de remédiation cognitive par exemple, mais elle la complète. Les deux sont d'ailleurs fréquemment proposées conjointement.

2.3 Thérapies portant sur le comportement

Comme nous l'avons vu précédemment, les TNCM sont fréquemment accompagnés de troubles du comportement. Diverses thérapies peuvent être utilisées dans le but de réduire les troubles comportementaux, ces thérapies utilisent une forme de médiation. Nous pouvons citer par exemple la musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation multi-sensorielle, la thérapie assistée d'animaux, les massages, la thérapie de présence stimulée (vidéo familiale) ou encore la luminothérapie (Rousseau, 2018a).

2.3.1 Thérapie par la méditation pleine conscience et la relaxation

Nous pouvons retrouver des traits psychologiques communs chez plusieurs personnes souffrant de TNCM : une grande vulnérabilité, une certaine labilité émotionnelle, une ambivalence comportementale, des difficultés à faire des choix, et parfois même un sentiment d'abandon. Autant d'éléments qui peuvent mener à l'anxiété. Il peut donc être important de viser également ces éléments lors de la prise en soin. La méditation de pleine conscience fait partie des thérapies cognitivo-comportementales. Elle vise à réduire l'anxiété, la dépression. Ainsi, ces thérapies, en visant notamment l'inconscient du patient, permettraient de restaurer l'estime de soi afin de lutter contre le repli (Rousseau, 2018a).

2.3.2 Thérapies sensorielles

Il existe diverses thérapies sensorielles, ayant chacune des spécificités liées au(x) sens stimulé(s). Nous pouvons par exemple citer la musicothérapie, qui travaille sur l'ouïe. L'objectif est de s'appuyer sur les qualités non verbales de la musique : son, rythme, mélodie... pour pallier les compétences langagières perdues (Amieva & Dartigues, 2007). La musique s'avère stimulante, elle facilite la communication, l'évocation de souvenirs autobiographiques et les

interactions sociales. Plusieurs types d'ateliers peuvent être proposés comme par exemple un atelier « chorale », un atelier « rythme et percussions » ou encore une atelier « d'expression musicale » (Hugonot-Diener et al., 2020). La musique pourrait apaiser un émoussement émotionnel ou encore réduire des troubles comportementaux même si les bénéfices de cette méthode restent difficiles à démontrer pour les scientifiques. Une autre thérapie sensorielle, est l'aromathérapie. Cette fois-ci c'est l'odorat qui est mis à contribution. Des huiles essentielles, provenant de plantes odorantes sont utilisées. Selon les études, l'application de ces huiles sur la peau pourrait permettre de réduire l'agitation du patient mais l'olfaction pure ne produirait aucun résultat. Attention cependant aux personnes très sensibles et pouvant (mal) réagir aux huiles essentielles. La luminothérapie, elle, stimule la vue. Elle consiste à exposer le patient à plusieurs reprises à une forte luminosité qui reproduit la luminosité naturelle. Cette thérapie aurait principalement des effets sur les troubles du sommeil (Amieva & Dartigues, 2007). Il existe aussi une thérapie dite “multisensorielle”, qui repose sur la stimulation des 5 sens.

2.3.3 Thérapie par la médiation animale

La médiation animale est la « mise en relation entre l'humain et l'animal dans un programme social, thérapeutique ou éducatif » (Sommer, 2020). Les objectifs sont variés, il peut s'agir de faire émerger la parole, de renforcer la confiance en soi, de développer un relationnel, de stimuler les sens ou encore de développer l'autonomie. Il est cependant nécessaire de choisir un animal adapté aux objectifs poursuivis. Cette thérapie présente certaines limites : éventuels risques de griffures ou morsures pour le patient, ce dernier (à un stade avancé de TNCM) pourrait également avoir des gestes inadaptés envers l'animal…

2.3.4 Thérapie par l'activité physique adaptée

La thérapie par le Yoga émerge petit à petit. Il s'agit d'une thérapie dite motrice qui vise à proposer des postures, immobiles ou en mouvement qui impliquent une partie ou la totalité du corps. Ces exercices visent à réduire les tensions et l'anxiété, ils améliorer le schéma corporel et aident la personne à s'orienter dans le temps et dans l'espace. Ils permettent de réguler la fréquence cardiaque et la tension artérielle, le système respiratoire est renforcé et la capacité pulmonaire augmentée. Le renforcement de la musculature et des articulations améliore l'équilibre. Selon certaines études, les interventions motrices pourraient permettre de maintenir

les fonctions cognitives pour potentiellement ralentir la progression du TNC (Hugonot-Diener et al., 2020).

Toutes les thérapies que nous venons de décrire peuvent être proposées par différents professionnels de santé, y compris les orthophonistes. Nous allons maintenant nous intéresser aux spécificités de l'orthophoniste.

3 La place de l'orthophoniste

3.1 Rôle de l'orthophoniste auprès du patient

L'orthophoniste est un professionnel de santé, spécialiste du langage et de la communication. Comme le précise la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO, 2021), l'orthophoniste prend en compte toutes les dimensions étroitement liées au langage, à savoir : la dimension linguistique (la phonologie, le lexico-sémantique, la morphosyntaxe et les capacités discursives et pragmatiques), la dimension cognitive (qui comprend les fonctions mnésiques, les fonctions exécutives, les ressources attentionnelles...), la dimension psycho-affective (le langage organise la pensée et le psychisme) et la dimension sociale : le langage permet la socialisation. Comme nous l'avons vu précédemment, le langage et la communication sont atteints à différents degrés dans les TNCM en fonction des étiologies et de l'avancée de la maladie. Dans tous les cas, l'orthophoniste a un rôle à jouer ; il saura adapter sa prise en soin en fonction du degré d'atteinte, de l'évolution de la maladie et des besoins du patient.

3.1.1 Nomenclature orthophonique

Dans les prises en soin des personnes souffrant de TNCM, l'orthophonie a pour but la « Rééducation et/ou maintien et /ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologie neurodégénérative », correspondant à un Acte Médical d'Orthophonie (AMO) 15.6, comme le précise la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

3.1.2 Recommandations de la HAS

Selon la HAS, la prise en soin des patients présentant un TNC doit être multidimensionnelle. La rééducation orthophonique « ne consiste pas en un réapprentissage de capacités langagières dégradées par l'avancée de la maladie, mais à nouer précocement un lien

privilégié avec le patient. Il s'agit de repérer les mécanismes de compensation mis en place, de les valoriser et de permettre une interprétation fonctionnelle de ce langage » (HAS, 2018b). L'objectif est avant tout que le patient puisse exprimer ses attentes, ses désirs, ses besoins ainsi que ses difficultés. L'orthophoniste se base sur les éléments fournis par la famille lors de l'anamnèse ainsi que lors du bilan initial afin de proposer un plan thérapeutique adapté. La HAS souligne que le maintien d'une communication prévient les tensions familiales ou sociales qui pourraient conduire à un isolement, à la dégradation de l'image et de la conscience de soi.

3.1.3 Prises en soin orthophoniques

L'orthophoniste peut proposer diverses prises en soin individuelles et/ou de groupe en fonction de ce qu'il considère être le plus adapté au patient.

3.1.3.1 Prises en soin individuelles

Lors des prises en soin individuelles, l'orthophoniste est en tête à tête avec son patient durant au moins 30 minutes. Ces prises en soin peuvent avoir lieu en cabinet libéral ou à l'endroit où réside le patient (domicile ou Ehpad). L'orthophoniste proposera fréquemment des thérapies de remédiation cognitive, individualisées et spécifiques. Des objectifs thérapeutiques pertinents et concrets sont fixés en lien avec la vie quotidienne du patient. L'orthophoniste doit ensuite trouver différents moyens, diverses activités ou exercices en s'appuyant notamment sur les capacités préservées de la personne, sur les facteurs d'optimisation ainsi que sur les moyens de compensation possibles. Il pourra également proposer des aides externes, toujours en fonction des besoins du patient. Il existe de nombreuses aides-externes (comme les carnets mémoire ou les listes pour pallier les troubles mnésiques, les calendriers ou agenda pour pallier les troubles temporels, la signalisation avec des signaux lumineux ou des étiquettes pour aider au repérage spatial...) Les aides informatisées sont également de plus en plus d'actualité.

3.1.3.2 Prises en soin de groupe

L'orthophoniste a également la possibilité de proposer des prises en soin en groupe. Dans la NGAP, cela correspond à un AMO 5. Ces prises en soin sont proposées la plupart du temps dans les structures telles que les Ehpad lorsque le public visé concerne les personnes souffrant de TNCM. Un ou plusieurs orthophonistes animent un groupe allant de 3 à 10 personnes pendant une heure environ. Au préalable, il est nécessaire de bien connaître l'histoire de vie de chaque patient, son caractère et son comportement envers les autres, ainsi que ses centres d'intérêt et ses éventuels troubles (sensoriels ou autres).

Le groupe pose un cadre convivial, qui encourage la communication et pousse le malade à sortir de son isolément et à avoir des échanges verbaux. L'orthophoniste pourra proposer des thèmes en lien avec les intérêts des patients ou l'actualité. Les thérapies de réminiscence et thérapies sensorielles sont particulièrement adaptées pour des prises en soin de groupe.

3.2 Rôle de l'orthophoniste auprès des aidants

L'orthophoniste a également un rôle à jouer auprès de l'entourage du patient. Les proches peuvent réagir de diverses manières, ils peuvent être désemparés, impuissants face à la maladie de leur proche ou au contraire être hyperprotecteur, hyperprésent au quotidien. L'orthophoniste les accompagnera et aura pour objectif de les aider à modifier et adapter leur communication, en leur prodiguant des conseils et en les aidant à s'imprégnier des outils de communication proposés et à les utiliser. Cela renvoie notamment à la thérapie écosystémique que nous avons évoquée précédemment. Voici quelques conseils que l'orthophoniste pourrait dispenser aux aidants afin de favoriser la communication avec leur proche souffrant de TNCM (Rousseau, 2014 ; HAS, 2018a) :

AdAPTER SA COMMUNICATION AUX CAPACITÉS VISUELLES, AUDITIVES ET LANGAGIÈRE DU PROCHE : PARLER FORT SI DÉFICIENCE AUDITIVE, ACCOMPAGNER LA PAROLE DE GESTES OU DE SIGNES SI LES CAPACITÉS VISUELLES SONT BONNES, UTILISER UN REGISTRE DE LANGUE EN COHÉRENCE AVEC LE PROCHE, PRIVILÉGIER DES PHRASES COURTES ET DU VOCABULAIRE SIMPLE MAIS NE PAS ADAPTER UN LANGAGE ENFANTIN.
RENFORCER LE FEED-BACK : MONTRER AU PROCHE QUE SA PAROLE EST ÉCOUTÉE. MAINTENIR UN CONTACT VISUEL, UTILISER DES GESTES, DES MIMIQUES MAIS FAIRE ATTENTION À LAISSER DU TEMPS À SON PROCHE POUR RÉPONDRE.
Bien préciser le contexte avant de développer ses propos. Être clair et logique dans son discours.
EVITER LES LONGUES CONVERSATIONS, SURTOUT SI LA PERSONNE SEMBLE FATIGUÉE. FAIRE DES PAUSES SI NÉCESSAIRE ET TOUJOURS RESTER BIENVEILLANT ET RÉCEPTIF À TOUT CE QUE PEUT EXPRIMER LE PROCHE.

Néanmoins, notons que si l'orthophoniste peut certes jouer un rôle de soutien auprès des familles, il est recommandé que celles-ci soient également accompagnées par d'autres professionnels (comme les psychologues) afin de les accompagner dans l'acceptation (ou non) des troubles et de la maladie. En effet, les proches font également face à des souffrances psychoaffectives, à la gestion des troubles du comportement, à un épuisement grandissant et se retrouvent confrontés à des choix difficiles tels que la décision de placement. Autant de choses qui s'ajoutent à leurs difficultés de communication avec leur proche et qui peuvent rendre leur quotidien plus difficile (Rousseau & Gatignol, 2016).

CHAPITRE 3

MONTESSORI, UNE APPROCHE ALTERNATIVE POUR ACCOMPAGNER LES PERSONNES SOUFFRANT DE TNCM

1 La pédagogie Montessori

1.1 Origine

Maria Montessori (1870-1952), l'une des premières femmes médecins en Italie, a dédié sa carrière à l'étude et à l'accompagnement de l'enfant. Elle a notamment soutenu une thèse en psychiatrie qui l'a amenée à côtoyer des enfants et à prendre conscience que ces derniers (qu'ils soient atteints de troubles ou non) ont besoin de vivre dans un environnement adapté à leurs besoins et dans lequel ils vont percevoir le monde notamment grâce à leurs mains. En 1907, elle crée la « Casa dei Bambini », une maison où l'enfant tout-venant peut vivre en autonomie avec du mobilier et des outils adaptés à sa taille et à ses capacités. Cet espace lui permet d'observer et d'étudier l'enfant afin de comprendre ses besoins, ses centres d'intérêts et ses aspirations. Elle peut aussi y mettre en pratique ses idées afin d'accompagner les enfants dans leur développement et leurs apprentissages. C'est dans la Casa dei Bambini qu'est née la pédagogie Montessori, une pédagogie aujourd'hui mondialement connue et reprise notamment dans des écoles Montessori présentes sur tous les continents (Erkes et al., 2019 ; Nougarolles, 2021)

1.2 Principes de la pédagogie, piliers et outils de la pratique

Maria Montessori a mené de nombreuses recherches et s'est inspirée de ses contemporains pour élaborer la pédagogie qui porte son nom. Elle a repris certains principes existants qui lui semblaient importants, comme celui de la « hormè », évoqué en premier par Aristote : tout humain est poussé par une énergie qui l'engage à découvrir le monde et à produire des expériences, ou ceux de liberté et de cadre structurant, mis en avant par Pestalozzi. Elle tente également de proposer des objets, des « outils » spécifiques et adaptés en s'inspirant notamment des matériels sensoriels créés par Séguin et Itard ou encore des matériels simples de jeux éducatifs inventés par Fröbel. La citation suivante de Maria Montessori reflète bien son ambition ainsi que l'apport de sa pratique : « Pestalozzi a donné aux enfants la liberté sans

matériel, Fröbel leur a donné un matériel sans liberté, moi je leur ai donné la liberté avec un matériel » (Nougarolles, 2021).

Dans la pédagogie Montessori, chaque enfant est donc reconnu comme une personne à part entière, un être capable et qui souhaite évoluer. L'important, selon Maria Montessori, est de se focaliser sur les potentialités de l'enfant et de lui proposer des activités basées sur celles-ci. La pédagogie de Maria Montessori est dite active, l'enfant est en mouvement. Il est bien connu que dans cette méthode, une grande place est donnée à la manipulation. Christine Nougarolles (orthophoniste formatrice de l'approche Montessori) explique cela en ces termes : « le mouvement du corps est étroitement lié à la cognition car chaque exercice d'apprentissage implique du matériel que les enfants touchent et déplacent, et qui offre une incarnation concrète à des concepts abstraits » (Nougarolles, 2021). L'enfant apprend de façon naturelle en réalisant diverses actions de façon répétitive. Il va ainsi répéter l'activité jusqu'à ce qu'il ait épousé son intérêt.

L'environnement, le cadre dans lequel va se dérouler « le travail » est nommé « ambiance » par Maria Montessori. L'enfant ne doit pas forcément travailler dans le calme absolu ; travailler dans le bruit ou avec du mouvement autour de soi permet la polarisation de l'attention selon Maria Montessori. La disposition du matériel est également un élément primordial dans cette approche : le matériel tangible est disposé sur des étagères à hauteur des enfants, afin qu'ils puissent utiliser ce qui leur fait envie sans demander nécessairement l'aide ou l'accord d'un adulte. C'est le principe de libre choix d'activité qui permet également d'assurer l'intérêt et la motivation de l'apprenant.

Une citation connue de Maria Montessori est « Aide-moi à faire seul », en effet celle-ci prônait l'importance de montrer aux enfants si besoin mais de les laisser faire, de ne surtout pas faire à leur place puisque, selon elle, toute aide superflue est une entrave au développement (Haddad, 2021).

Maria Montessori a donc élaboré du matériel pouvant correspondre à l'intégralité de ces principes. Le matériel Montessori est simple et attrayant et se focalise sur un élément d'apprentissage spécifique. Selon elle, les apprentissages tels que la lecture, l'écriture, les mathématiques ou encore la culture ne sont possibles que si l'enfant a pu au préalable acquérir certains pré-requis comme satisfaire sa curiosité, mener ses propres observations, affiner sa motricité ou développer ses sens. Pour ce faire, des matériels dits de vie pratique ou d'éducation

sensorielle peuvent être utilisés avant d'avoir recours à des matériels ciblant spécifiquement des notions scolaires (Nougarolles, 2021).

Matériels d'éducation sensorielle	Dédiés à affiner les 5 sens ainsi qu'à découvrir l'environnement et à construire des structures logiques. Il peut s'agir de mises en paire (par exemple boîtes à sons (cylindres à remettre par paire en fonction du bruit émis)), de catégorisation...
Matériels de vie pratique	Destinés à rendre l'enfant autonome dans les activités quotidiennes. Ils permettent d'exercer les fonctions exécutives, d'observer les principes de causes à effets et d'affiner la coordination oculo-motrice. Exemples : laver la table, lacer des chaussures, faire des transvasements...
Matériels didactiques de langage et de mathématiques	Matériels spécifiques afin d'entraîner la lecture, l'écriture ou encore les notions plus scientifiques. Les plus connus sont les lettres mobiles, les lettres rugueuses et les boîtes de grammaire pour le langage écrit ; et les chiffres et jetons, les fuseaux (travail de la cardinalité), les escaliers de barrettes de perles (perception des quantités) et les tables de Séguin pour les mathématiques.

2 L'adaptation de la méthode Montessori aux personnes souffrant de TNCM

2.1 Cameron Camp

Cameron Camp est un américain, psychologue de formation, qui est aujourd'hui directeur de recherche et de développement dans le centre de recherche appliquée sur la démence qu'il a fondé aux Etats-Unis. Tout au long de sa carrière, il s'est intéressé aux interventions destinées aux personnes souffrant de troubles cognitifs. Dans les années 1990, il découvre la pédagogie Montessori et établit des liens entre cette méthode et l'accompagnement des personnes âgées. Il y voit l'opportunité de leur proposer « des activités porteuses de sens de manière autonome et positive » (Erkes et al., 2019). Au fil de sa carrière, il s'est donc attelé à comprendre, intégrer, développer et adapter les concepts montessoriens afin d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de TNCM. Camp et le programme qu'il a créé « Montessori Based Dementia Programming » sont aujourd'hui connus dans de nombreux pays (American Psychiatric Association, 2017).

En France, l'une des grandes figures de l'approche Montessori adaptée aux personnes âgées est Jérôme Erkes. Ce neuropsychologue travaille en collaboration avec Cameron Camp et est aujourd'hui à la tête de l'organisme de formation AG&D « Montessori Lifestyle », qui promeut cette adaptation montessorienne. Leur objectif premier est de promouvoir cette méthode et de former idéalement l'intégralité du personnel (médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues...) de certains établissements accueillant des personnes âgées souffrant de TNC, afin que celle-ci puisse être appliquée dans l'établissement au quotidien (ce qui est plus difficile à mettre en place si seuls quelques professionnels sont formés) (AG&D, 2021a).

2.2 Objectifs

Plusieurs objectifs sont développés conjointement dans cette approche : redonner à la personne un sentiment de contrôle sur sa vie, favoriser l'engagement dans l'activité, redonner une place et un rôle social au sein d'une communauté et ainsi induire une meilleure communication avec l'entourage. Pour cela, il s'agit de mettre en avant les capacités de chaque personne, de percevoir son potentiel et de permettre à chacune de les exploiter de façon autonome. Camp a ainsi affirmé : « nous devons penser à ces personnes d'une manière différente : plutôt que de se concentrer sur leurs problèmes et leurs déficits, il faut aller chercher les capacités préservées » (AG&D, 2021b). L'approche Montessori pour personnes souffrant de TNCM se focalise sur les capacités sensorielles (voir, entendre, toucher...), sur les capacités motrices (se déplacer, tenir, utiliser des objets, imiter des actions...), sur les capacités cognitives (lire, suivre des instructions verbales ou écrites, utiliser des modèles...) et enfin sur les capacités sociales (saluer, discuter, commenter, donner son avis, répondre à des questions, interagir...) (Erkes et al., 2019). Pour être épanouie, une personne doit avoir le contrôle de sa vie autant que possible. Selon Camp : « si vous donnez aux gens une raison de sortir du lit, des activités qui les engagent et qu'ils réussissent avec succès, ils seront épanouis et heureux ». L'un des objectifs de l'adaptation de la méthode Montessori pour des patients TNCM est donc simplement de leur permettre de vivre dans un environnement normalisant.

2.3 Principes clés

Cette approche, à la fois globale et centrée sur la personne, s'appuie sur des principes clés permettant de favoriser l'engagement et la réussite (Colin & Colin-Jacquet, 2015). Les principaux principes Montessori classiques vus dans la partie 1, tels que l'utilisation de la

manipulation, le libre choix des activités, l’importance de proposer des activités intéressantes, la création d’un environnement structuré afin de faciliter la réussite sont repris autant que possible. Douze principes clés, reprenant certains fondamentaux de Maria Montessori et y ajoutant d’autres précisions, ont ainsi été déterminés par Cameron Camp (Erkes et al., 2019 ; Erkes, 2021).

Donner un but et un sens à l’activité, capter l’intérêt de la personne	L’objectif est notamment de permettre à la personne d’atteindre un résultat concret, observable et utile.
Se concentrer sur les capacités de la personne	Parfois, nous avons tendance à trop nous focaliser sur les troubles, les difficultés et les déficits des personnes. Pourtant, toute personne conserve des capacités, certes parfois minimes mais bien réelles. Montessori invite à se concentrer sur ces capacités préservées.
Inviter, proposer, mais ne jamais imposer	Pour ce faire, nous utiliserons la formule « voulez-vous » plutôt que « pouvez-vous ». Cela permettra à la personne de ne pas se sentir « testée » et la positionnera dans un état d’esprit plus positif. Proposer, c’est aussi accepter que la personne puisse refuser notre demande ; cela est parfois difficile à accepter pour les professionnels mais il s’agit du droit de la personne et nous devons le respecter. Nous pouvons alors lui reposer ultérieurement, et/ou lui proposer une autre activité.
Offrir du choix dès que cela est possible	Pour les personnes souffrant de TNCM, il est possible de leur offrir du choix en leur proposant de choisir entre deux options, cela sera plus facile pour elles que si le choix est complètement ouvert. Pouvoir choisir et décider permet à la personne de garder une certaine estime de soi et participe au sentiment de liberté.
Donner à la personne quelque chose à tenir et à manipuler	Les mains apprennent ou réapprennent en manipulant. Cela permet également de rendre l’action plus concrète. De plus, comme nous l’avons vu précédemment, la mémoire procédurale est longtemps préservée et manipuler est parfois plus simple que manipuler mentalement ou discourir pour les personnes souffrant de TNCM.

	Grâce à la manipulation, les personnes mobilisent leur énergie, se concentrent et sont également souvent plus apaisées.
Utiliser des indices visuels	Proposer des indices visuels permettra à la personne de réaliser plus facilement les activités en autonomie.
S'adapter au rythme de la personne	Il paraît primordial de ralentir, aussi bien au niveau langagier que moteur, lorsque l'on souhaite capter l'attention d'une personne souffrant de TNCM, et surtout qu'elle parvienne à nous suivre.
Parler moins, montrer plus	Il est également important de limiter les mots, on a parfois tendance à faire de grands discours ou à entrer dans des explications longues et très détaillées mais on risque de rendre la personne confuse ou de perdre son attention, et ce encore plus si elle souffre de TNCM. Souvent, les gestes sont plus clairs. Une démonstration lente et précise permettra à la personne de reproduire plus facilement l'activité à son tour.
Diviser l'activité en sous-étapes et proposer une étape à la fois	Diviser l'activité permet de réduire la charge mentale de la personne et de faire une activité petit à petit, sans que la planification et la complexité de chaque étape se cumulent.
Aller du plus simple au plus complexe	Une activité trop simple pourrait être jugée infantilisante, une activité trop complexe pourrait décourager la personne. Fonctionner par étapes de difficultés croissantes est donc à privilégier.
Favoriser l'engagement	Une personne engagée dans l'activité aura une réaction et un comportement positifs. L'engagement passe notamment par la manipulation et l'autonomie.
Clôturer l'interaction	Il est important de questionner la personne sur l'activité qu'elle vient de faire. Pour rester dans le positif, le but des professionnels doit être d'évaluer le bonheur et le contentement de la personne suite à l'activité réalisée, et non ses erreurs ou sa performance. 3 étapes sont conseillées pour clôturer l'interaction : remercier la personne, lui demander si elle a apprécié le moment et enfin lui demander si elle voudrait recommencer une prochaine fois.

2.4 Activités et outils adaptés de la méthode Montessori

Cameron Camp et Jérôme Erkes proposent dans les Ehpad des activités variées, pouvant intervenir autour de temps rythmant le quotidien des personnes (Erkes et al., 2019). Voici quelques exemples d'activités qui peuvent être adaptées en utilisant l'ensemble des principes Montessori vus dans la partie précédente. Il s'agit d'activités simples mais que l'on ne laisse que rarement faire aux personnes âgées. Pourtant ces activités peuvent s'avérer très stimulantes et participent à la bonne estime de soi de la personne ainsi qu'à son bien-être et à son sentiment d'utilité :

- Activités autour de l'hygiène : se laver les mains, nettoyer son rasoir, choisir ses vêtements, s'habiller...
- Activités autour des tâches ménagères : plier et ranger du linge, tricoter, faire son lit...
- Activités autour du repas : presser des agrumes, couper des aliments, nettoyer la table, essuyer la vaisselle...
- Activités autour du jardinage : composer un bouquet, arroser des plantes
- Activités autour du bricolage : trier et ranger des outils, découper, peindre, visser...
- Activités autour de la lecture et de l'écriture : créer un livre de vie, lire un article de journal à d'autres résidents et en discuter, faire des classements, des signalétiques ou des affichages.
- Activités autour de l'art et de la culture : jouer d'un instrument de musique, peindre...
- Activités autour du sport : respiration pleine conscience, éveil corporel...

Certaines activités peuvent être réalisées en groupe, cela permet de garder un lien et de maintenir des échanges sociaux, ce qui est primordial selon Erkes. Lors des activités, il est d'ailleurs conseillé au professionnel de proposer des rôles sociaux significatifs aux personnes souffrant de TNCM (Erkes, 2021).

Cameron Camp propose également de réunir les générations quand cela est possible autour d'activités comme cuisiner ensemble, lire des contes, chanter des comptines, jouer à des jeux de société... Cela permet aux personnes âgées d'avoir un rôle d'enseignant ou de mentor pour les jeunes enfants. Camp a d'ailleurs créé un programme intergénérationnel (Camp & Lee, 2011).

Pour réaliser ces différentes activités, des outils qui s'appuient sur les capacités préservées, les points forts et aussi les centres d'intérêt du patient sont utilisés (Camp, 2010). Le matériel est issu de l'environnement quotidien des patients et leur permet, grâce à la stimulation sensorielle,

un meilleur accès à la mémoire à long terme à travers la réminiscence et participent à le rendre plus autonome.

Les activités proposées sont de plus souvent auto-correctrices : elles proposent des indices, essentiellement visuels, afin que le patient puisse se rendre compte par lui-même s'il a réussi l'activité ou non (Camp & Malone, 2007).

2.5 Résultats scientifiques

Des études ont montré des différences significatives entre des patients participant à des activités basées sur la méthode Montessori et d'autres patients prenant part à des activités plus classiques (Camp, 2010). Ceux qui suivaient le programme Montessori étaient plus engagés dans leur environnement, aussi bien socialement que physiquement (Judge et al., 2000b). Ainsi, les malades ayant participé à des activités Montessori montraient nettement plus « d'engagement constructif » : ils étaient plus impliqués aussi bien au niveau moteur que verbal dans les activités (Vance & Porter, 2000), leur attitude était beaucoup moins passive (ils ne faisaient pas qu'observer ou écouter, ils participaient réellement avec plaisir) (Orsulic-Jeras et al., 2000a). Les activités Montessori ont visiblement eu un réel impact sur l'humeur, les émotions (moins d'anxiété au quotidien) et le comportement des patients (moins agités et moins agressifs suite à ces activités - il y a même eu des réductions des doses de traitements médicamenteux) (Lin et al., 2009). D'après une étude espagnole, l'utilisation de la méthode Montessori auprès de personnes souffrant de TNCM aurait même permis d'améliorer leur résultat au Minimal Mental State Examination (Etxeberria et al., 2006). De plus, la méthode Montessori remporte l'adhésion des familles puisque selon Cameron Camp, des familles ayant constaté des bénéfices sur leur proche ont demandé à être formés à cette approche afin de pouvoir maintenir un lien social avec lui (Rose et al., 2003 ; Schneider & Camp, 2002).

3 L'approche Montessori en orthophonie

Lorsqu'on se focalise sur le domaine de l'orthophonie, l'utilisation de l'approche Montessori a fait l'objet de peu d'études (principalement des mémoires de fin d'études) et on n'en compte qu'une seule faisant référence à l'approche Montessori dédiée aux personnes souffrant de TNCM.

3.1 Rôle de l'orthophoniste, principes et outils Montessori dans les prises en soin orthophoniques

Lorsqu'on intègre la dimension montessorienne à l'orthophonie, les termes « orthophonistes » ou « thérapeutes » se substituent à ceux d'« adulte », d'« éducateur » ou de « maître » dans la vision de Maria Montessori. L'« enfant », devient « patient », avec la subtilité qu'en orthophonie, le patient peut certes être un enfant mais également un adolescent ou un adulte (Nougarolles, 2021).

Selon Christine Nougarolles, trois piliers essentiels de l'approche Montessori peuvent être repris en orthophonie : la posture de l'adulte, l'environnement préparé et le matériel spécifique.

Tout d'abord, l'orthophoniste a un rôle de facilitateur, c'est-à-dire qu'il doit permettre à son patient de faire par lui-même ce qui a du sens pour lui. Adopter cette posture est primordiale. Bien souvent, l'orthophoniste est assis en face de son patient et est dans l'agir et le langage, mais cela va à contresens des préconisations montessoriennes. L'orthophoniste devrait plutôt se tenir à côté du patient, adopter une posture d'observateur, et dire moins pour suggérer plus.

Concernant l'environnement, qu'il s'agisse de l'environnement psychologique ou matériel, il doit être préparé, pensé et cadré afin de permettre une attention et une concentration maximales de la part du patient. Nous pouvons imaginer disposer sur des étagères à portée de main du patient le matériel qu'il pourra utiliser aussi longtemps qu'il le souhaite, comme préconisé dans l'approche Montessori. Si l'on suit les principes Montessori, l'enfant peut choisir où il s'installe, cela peut être à même le sol, à table ou sur un coussin. Cependant, l'orthophoniste aura certaines contraintes, notamment d'espace et de temps. Christine Nougarolles propose des adaptations pour remédier à ces contraintes, comme l'utilisation de photos d'activités présélectionnées pour que le patient puisse tout de même choisir le matériel qu'il souhaite utiliser même si celui-ci n'est pas directement accessible.

Enfin, par rapport au matériel spécifique, l'orthophoniste peut choisir d'acheter du matériel estampillé Montessori ou en créer lui-même. L'essentiel est de respecter les critères des outils Montessori introduits au début de ce chapitre. En outre, le matériel concret doit conduire progressivement vers l'abstraction. Il pourra ainsi être utilisé de manière puriste, de manière adaptée (matériel Montessori utilisé avec modifications) ou de manière inspirée (matériel non Montessori utilisé en respectant les principes de la méthode). Un élément primordial du matériel choisi est de permettre le contrôle de l'erreur (de manière sensorielle

comme des gommettes de couleurs ou grâce à des planches de corrections par exemples). Bien entendu, comme dans toute prise en soin, l'orthophoniste devra utiliser le matériel à bon escient et l'adapter en fonction de ses objectifs thérapeutiques et des capacités de son patient.

Dans son ouvrage, Christine Nougarolles parle de « ré-éduc-action » orthophonique afin de s'inscrire dans l'approche Montessori. Cela renvoie aux principes de **répétition**, d'accompagner le patient sans faire à sa place, c'est-à-dire de l'**éduquer**, de le conduire sur le chemin de la connaissance, et cela tout en passant par l'**action**, en étant dans le mouvement et la manipulation (Nougarolles, 2021).

Au vu des recommandations de la HAS et de la nomenclature orthophonique, ainsi que des éléments présentés ci-dessus, une dimension montessorienne peut très bien être intégrée aux prises en soin touchant le langage oral, le langage écrit ou encore la cognition mathématique. Des mémoires de fin d'études alliant orthophonie et méthode Montessori portent notamment sur les questions de morphosyntaxe (Mery, 2020), de grammaire (Vionnet, 2018 ; Willefert, 2015) et de numération arabe (Tolentino, 2019).

3.2 Montessori dans les prises en soin orthophoniques de patients souffrant de TNCM

Comme nous l'avons vu précédemment, si plusieurs articles ont étudié et validé l'intérêt de l'adaptation de la méthode Montessori pour les patients souffrant de TNCM, nous n'avons aujourd'hui quasiment aucune donnée liée à l'orthophonie. En conclusion de son mémoire bibliographique, Manon Logre concluait en 2019 : « Il semblerait que la méthode puisse s'appliquer au champ d'intervention de l'orthophonie, notamment au niveau des troubles alimentaires, des groupes de lecture, de l'engagement dans les activités proposées et pour minimiser l'apparition des troubles comportementaux. Une formation est nécessaire à l'application des principes Montessori et des concertations pluridisciplinaires pourraient être pertinentes pour le projet de soins et d'accompagnement des patients. » (Logre, 2019).

Effectivement, les éléments exposés dans les parties précédentes, aussi bien les objectifs que les principes de la méthode Montessori semblent être concordants avec ce que l'on pourrait proposer en séance d'orthophonie à des patients souffrant de TNCM. Toutefois, le peu de données de la littérature nous pousse à penser que cette méthode est encore peu connue et pratiquée par les orthophonistes. Est-ce réellement le cas ? Et au-delà des principes clés, quels éléments concrets et outils adaptés de Montessori peuvent être utilisés dans les prises en soin orthophoniques de patients TNCM ? Ce sont sur ces différents questionnements que nous nous sommes appuyés afin de construire notre méthodologie.

PARTIE 2 :

PARTIE METHODOLOGIQUE

1 Problématique et hypothèses

1.1 Problématique

Dans ce mémoire nous nous interrogerons sur les questions suivantes : Quelles sont les connaissances actuelles des orthophonistes français sur l'approche Montessori et quels pourraient être les bénéfices de l'utilisation de cette méthode lors de prises en soin orthophoniques de patients souffrant de TNCM ?

1.2 Hypothèses

Ces questions nous ont conduit à poser les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : L'approche Montessori adaptée pour des patients souffrant de TNCM est peu connue et utilisée par les orthophonistes français.

Hypothèse 2 : Des principes et outils Montessori sont utilisés par certains professionnels de santé en charge de patients souffrant de TNCM, qui y voient un réel intérêt pour maintenir et/ou améliorer les capacités cognitives des patients.

Hypothèse 3 : L'utilisation de principes et outils Montessori pourrait également aider à maintenir et/ou améliorer la communication fonctionnelle au quotidien du patient souffrant de TNCM et aurait donc un intérêt dans les prises en soin orthophoniques.

2 Méthodologie expérimentale

2.1 Objectifs de l'étude et démarche expérimentale

L'objectif de cette étude est dans un premier temps de faire un état des lieux des connaissances des orthophonistes français quant à la méthode Montessori. Connaissent-ils l'approche Montessori ? L'utilisent-ils lors de leurs prises en soin orthophoniques et si oui avec quel(s) type(s) de patient(s) ? Et qu'en est-il de l'adaptation de la méthode Montessori pour les personnes souffrant de troubles neurocognitifs ? Cet état des lieux doit notamment permettre de confirmer ou non notre première hypothèse.

Dans un second temps, nous avons interrogé des professionnels de santé utilisant l'approche Montessori avec des personnes souffrant de TNCM. L'échange avec eux a pour objectif de mieux comprendre pourquoi ces professionnels utilisent les principes Montessori, comment ils adaptent les activités proposées et enfin quels sont selon eux les bénéfices mais

également les limites de cette approche. Cette étape devrait nous permettre de confirmer ou d’infirmer notre deuxième hypothèse.

En complément de ces entretiens avec des professionnels, nous avons eu la possibilité d’observer des ateliers inspirés de la méthode Montessori en Ehpad auprès de deux groupes de patients souffrant de TNCM. Ce sont deux orthophonistes qui animent ces ateliers de groupe. Au terme de ces différentes discussions et observations, nous devrions pouvoir répondre à notre troisième hypothèse.

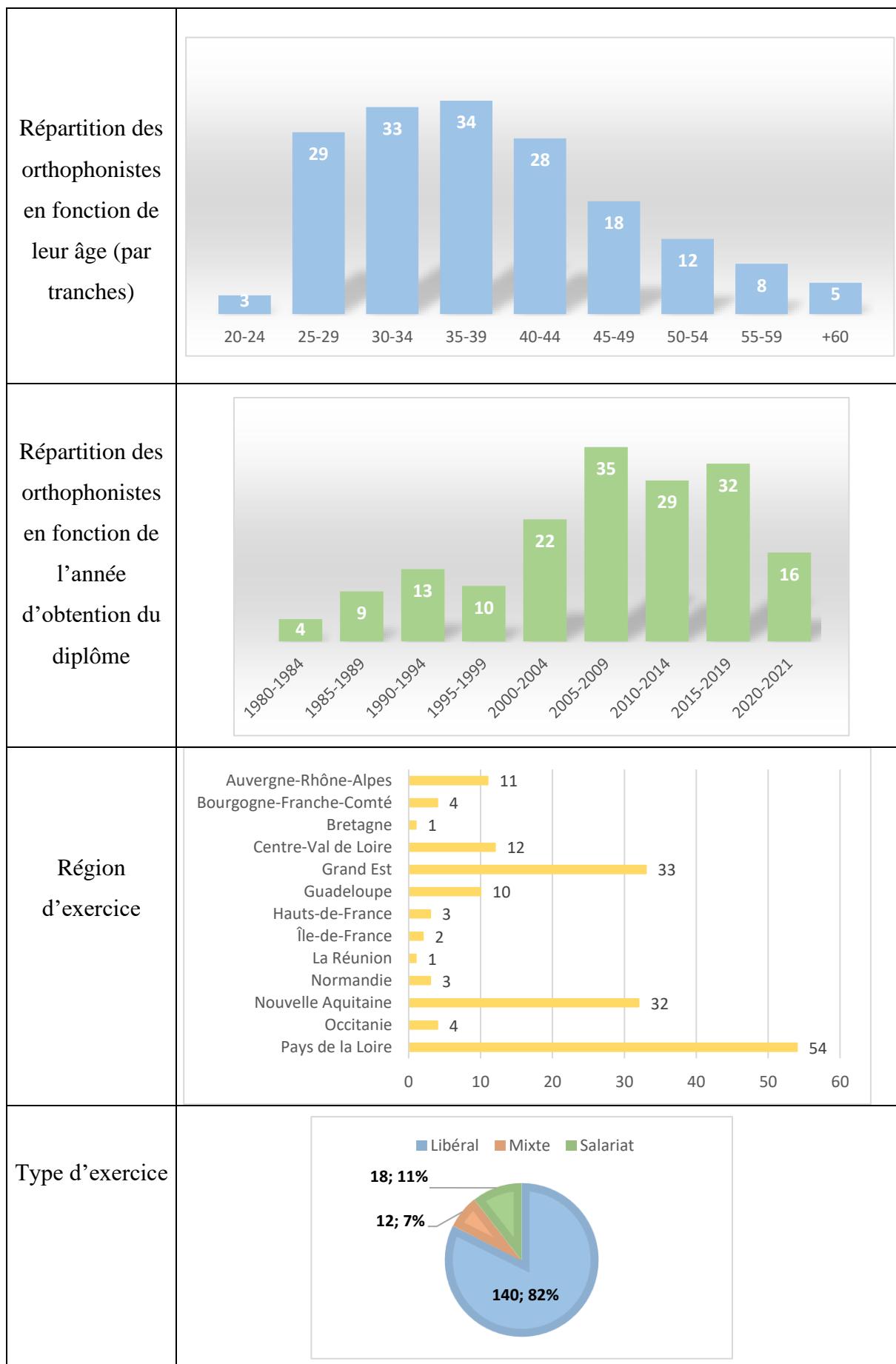
Pour finir, si les orthophonistes français interrogés durant l’état des lieux montrent de l’intérêt pour l’adaptation de la méthode Montessori à destination des personnes souffrant de TNCM, tout en signifiant manquer de connaissance à ce sujet, nous proposons de créer à leur attention une petite brochure d’information.

2.2 Population

2.2.1 Les orthophonistes français

Nous avons choisi d’interroger des orthophonistes exerçant en France métropolitaine et outre-mer pour réaliser notre état des lieux des connaissances des orthophonistes sur l’approche Montessori. Le critère d’inclusion de cette population est d’être orthophoniste détenteur du Certificat de Capacité d’Orthophoniste (CCO) exerçant en cabinet libéral et/ou en structure. Pour le recrutement de la population, nous avons contacté les syndicats régionaux d’orthophonie afin de leur demander s’ils voulaient bien diffuser à leurs adhérents notre questionnaire auto-administré. En plus de cela, le questionnaire a également été diffusé via les réseaux sociaux sur les groupes « Mémoire en Orthophonie » et « Orthophonie et Neuro ».

Voici les caractéristiques des 170 orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire.



2.2.2 Les professionnels de santé utilisant l'approche Montessori dans leur exercice

Les professionnels avec lesquels nous avons échangé sur l'utilisation de la méthode Montessori adaptée aux personnes souffrant de TNCM dans leur pratique viennent de différents horizons. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être un professionnel de santé détenteur d'un diplôme d'Etat, exerçant dans un pays francophone, et ayant recours à l'utilisation de la méthode Montessori pour la prise en soin de patients souffrant de TNCM. Afin de les recruter, un appel à volontaire a été lancé sur les réseaux sociaux, via l'appartenance au groupe « La Méthode Montessori adaptée à la personne âgée ».

Voici le profil des personnes ayant accepté de nous accorder un entretien pour nous parler de leur pratique Montessori :

Nom	Profession	Expérience et utilisation de Montessori	Lieu d'exercice
Mme B.	Animatrice en gérontologie	Expérience : 5 ans Utilise Montessori depuis 3 ans	A domicile Nouvelle-Aquitaine (86)
Mme C.	Aide-soignante et Assistante de soins en gérontologie	Expérience : 18 ans Utilise Montessori depuis 4 ans	Ehpad - Unité Alzheimer Grand Est (51)
Mme FA.	Orthophoniste	Expérience : 6 ans Utilise Montessori depuis 3 ans	Cabinet libéral, domiciles et Ehpad Nouvelle-Aquitaine (33)
Mme FE.	Aide-soignante et Assistante de soins en gérontologie	Expérience : 16 ans Utilise Montessori depuis 3 ans	Ehpad public Hauts-de-France (62)
Mme G.	Logopède	Expérience : 3 ans Utilise Montessori depuis 3 ans	Maison de repos puis équivalent du libéral Belgique
Mme K.	Aide-soignante et Assistante de soins en gérontologie	Expérience : 20 ans Utilise Montessori depuis 8 mois	Ehpad – PASA Grand Est (54)

Mme M.	Ergothérapeute	Expérience : 22 ans Utilise Montessori depuis 3 ans	Maison de repos Belgique
Mme S.	Psychologue	Expérience : 3 ans Utilise Montessori depuis 3 ans	Ehpad Nouvelle-Aquitaine (86 et 79)

2.3 Outils méthodologiques

Afin de mener à bien notre étude, nous avons fait le choix d'utiliser des outils variés et qui nous semblaient le plus pertinent pour chaque situation.

2.3.1 Choix des outils

2.3.1.1 Le questionnaire auto-administré

Pour notre état des lieux des connaissances et pratiques des orthophonistes français, nous avons choisi d'utiliser un questionnaire auto-administré, et ce tout d'abord pour des raisons logistiques. En effet, puisque l'on espérait toucher un large panel d'orthophonistes, le questionnaire auto-administré semblait être le moyen le plus adapté. Les professionnels pouvaient ainsi répondre quand cela les arrangeait et les réponses étaient directement centralisées via Google Forms.

2.3.1.2 L'entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé nous a semblé être le moyen le plus approprié pour échanger avec les professionnels en permettant une discussion et donc une liberté d'expression et un échange plus riche et plus fiable, puisque nous pouvions rebondir directement sur leurs propos pour affiner les réponses obtenues ou lever les ambiguïtés.

2.3.1.3 L'observation à l'aide d'une grille d'évaluation

L'observation des ateliers nous a permis de voir concrètement comment des activités de type Montessori pouvaient être appliquées auprès de patients souffrant de TNCM, en reprenant les principes Montessori et en observant, sur le terrain, l'application de ces derniers. Cela nous a notamment permis de cerner les intérêts et les limites de cette approche.

2.3.1.4 La brochure d'information

La brochure d'information nous a semblé être le meilleur outil pour diffuser aux orthophonistes français les informations essentielles à connaître sur l'approche Montessori appliquée aux personnes souffrant de TNCM et sur son application en orthophonie.

2.3.2 Construction des questionnaires

Le questionnaire a été construit sur différents axes visant à assurer une cohérence et une fluidité maximales au fil des questions. L'objectif restant d'avoir un tour d'horizon des connaissances et des pratiques des orthophonistes. Les grands axes abordés dans le questionnaire sont les données administratives, l'approche Montessori de façon générale (connaissances et applications) et les prises en soin des patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs.

Les données recueillies sont avant tout qualitatives et subjectives. Afin d'être plus agréable à remplir, et en fonction de ce qui nous semblait le plus simple et adapté pour chaque question, les propositions de réponses pouvaient prendre différentes formes : réponses à choix multiple avec possibilités de cocher une ou plusieurs cases selon les questions, échelles, champs libres pour que la personne puisse répondre à sa convenance... Le questionnaire qui a été soumis aux professionnels est visible en annexe n°1, page 88.

2.3.3 Modalités de passation des entretiens

En amont, afin de préparer les entretiens, une trame écrite d'entretiens semi-dirigés a été créée. Nous nous sommes entretenus avec chaque professionnel ayant accepté de répondre à nos questions entre le 28.01.2022 et le 16.05.2022. Lorsque les professionnels ont manifesté un intérêt suite à notre appel à volontaires, nous les avons recontactés tout d'abord par message, pour leur expliquer plus en détails le projet de mémoire et en quoi consisteraient les entretiens. Certains ont souhaité voir les questions qui leurs seraient posées en amont. D'autres ont même souhaité compléter la trame d'entretien par écrit pour poser leurs idées sur le papier avant que l'on échange de vive voix pour préciser quelques éléments. Une date a ensuite été programmée pour les entretiens téléphoniques ou via Zoom. Ceux-ci ont permis des échanges riches et variés, chaque professionnel apportant des remarques pertinentes qui étaient propres à sa pratique professionnelle. La trame reprenant les questions des entretiens semi-dirigés est consultable en annexe n°2, page 95

2.3.4 Modalités de l'observation active

L'observation active a été réalisée durant plusieurs mois en assistant aux deux ateliers de groupe proposés par les orthophonistes. Une première grille d'observation reprenant les principes Montessori a été créée afin de voir si ces principes étaient repris par les orthophonistes dans leurs activités. Puis une seconde grille d'observation a été créée afin de relever cette fois-ci les évolutions proposées dans les ateliers en cohérence avec la méthode Montessori. La première grille d'observation est visible en annexe n° 3, page 97 ; tandis que la seconde grille est insérée dans la partie résultats, page 70.

Nous avons également tenu à interroger les deux orthophonistes proposant ces ateliers afin d'avoir leurs avis sur le côté préparatoire, pratique, organisationnel des ateliers Montessori ainsi que sur les intérêts, selon elles, de ces interventions. Le questionnaire proposé est joint en annexe n°4, page 98.

2.3.5 Construction de la brochure d'information

La brochure résume l'ensemble des informations clés exposées dans ce mémoire. Pour ce faire, un plan simple a été établi afin d'exposer de façon claire et concise des rappels théoriques, l'intérêt de l'utilisation de cette approche en orthophonie, des exemples concrets d'activités et d'outils inspirés de Montessori, des témoignages de professionnels et enfin quelques données bibliographiques pour ceux qui souhaiteraient en apprendre davantage. La brochure d'information est consultable en annexe n°5, page 99.

2.4 Modes de traitement des données

Les données recueillies, comme précisé précédemment, sont principalement subjectives. Elles nous ont permis de mener une analyse à la fois quantitative (pour le questionnaire) et qualitative (concernant les questionnaires, les entretiens et les observations d'ateliers).

2.5 Précautions méthodologiques

L'ensemble des résultats émane de propos et d'observations subjectifs. Nous nous sommes attachés à retranscrire au plus près les éléments entendus et observés. Néanmoins, il s'agit d'une réponse donnée à un temps T, qui n'aurait peut-être pas exactement été la même à un autre moment. De même, nous ne pouvons être sûr que les personnes ayant répondu à notre questionnaire et à nos questions lors des entretiens reflètent de façon très précise l'ensemble des professionnels puisque nous nous appuyons sur un petit échantillon de population.

PARTIE 3 : RESULTATS

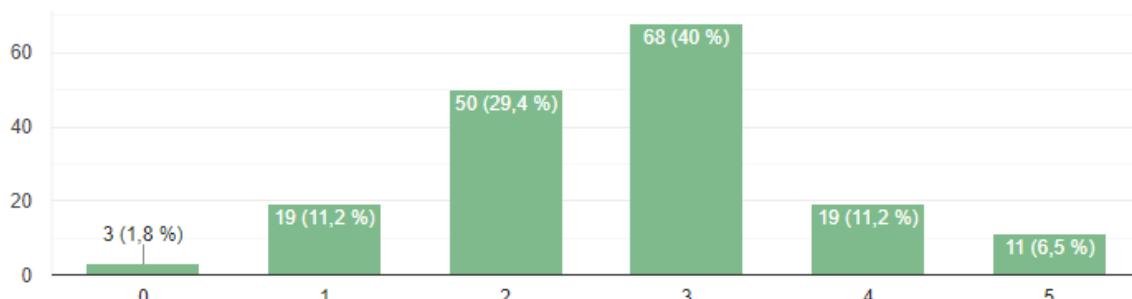
1 Analyse des questionnaires

1.1 Connaissances générales sur Montessori.

Sur les 170 orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire, une seule personne a affirmé ne jamais avoir entendu parler de « Montessori ». La quasi-totalité (99,4%) des orthophonistes interrogés a donc déjà entendu le terme Montessori. Nous leur avons ensuite demandé quel est le premier mot qui leur vient à l'esprit lorsque l'on évoque « Montessori », nous avons obtenu 170 réponses dont l'une était « je ne sais pas », ce qui concorde avec le résultat de la question précédente. Les 3 termes les plus cités sont : « pédagogie » (30 fois), suivi de « autonomie » (26 fois) et « manipulation » (19 fois). Le nuage de mots ci-dessous reprend l'intégralité des mots ayant été cités. Plus le mot est écrit grand, plus il a été cité dans notre questionnaire.

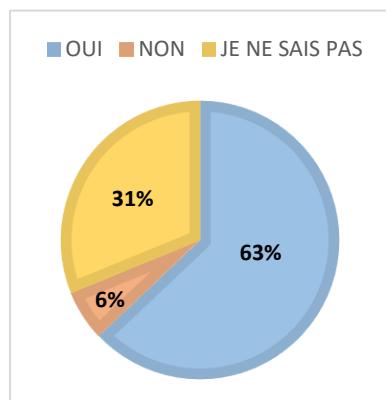


Les participants étaient ensuite invités à juger à quel point ils sauraient définir la méthode/l'approche Montessori en se positionnant sur une échelle de 0 à 5 (0 = pas du tout et 5 = très précisément). Nous observons que la majorité des orthophonistes interrogés se considère capable de bien décrire l'approche Montessori puisque 98 personnes sur 170 soit 57,7% ont coché 3, 4 ou 5.



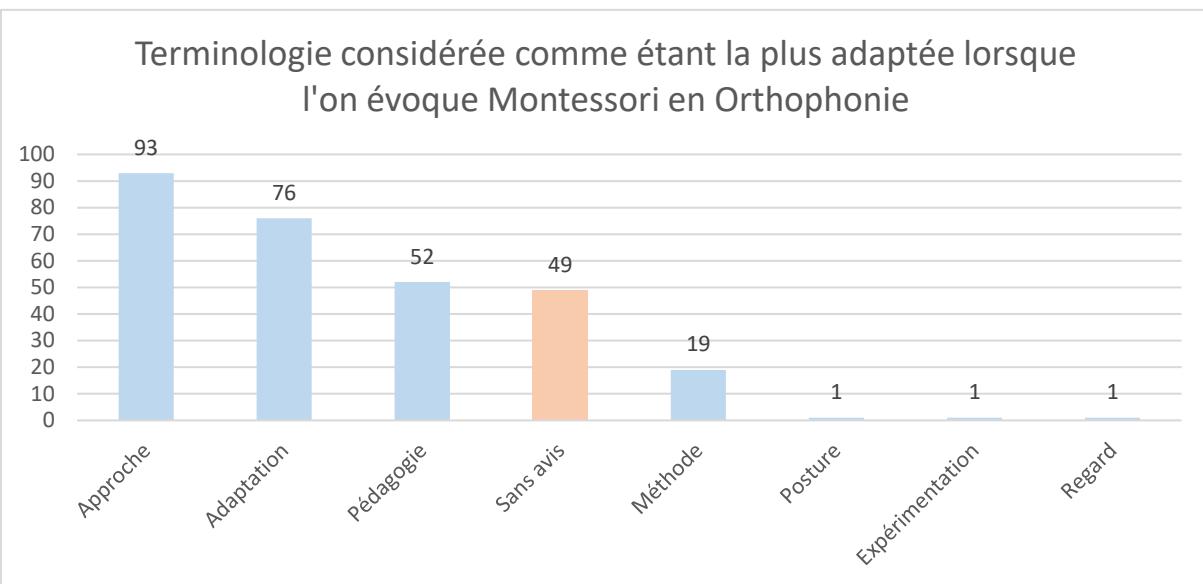
Après cela, les orthophonistes étaient donc invités à écrire en quelques mots leur propre définition de ce qu'est l'approche Montessori. Nous avons ici obtenu 162 réponses, une petite dizaine d'orthophonistes n'a donc pas souhaité y répondre, soit par manque de connaissances, soit par manque d'envie/de temps puisqu'il s'agissait d'une réponse libre. Dans les définitions apportées, nous retrouvons bien entendu les mots évoqués précédemment. Les principales idées citées sont les suivantes : 61 personnes évoquent dans leurs définitions le matériel concret et manipulable. Certaines mentionnent également l'aspect sensoriel et progressif. Nous notons que le terme « outil » est régulièrement employé. 49 personnes mentionnent le respect du rythme de chacun et 48 insistent sur l'expérimentation et l'exploration que l'enfant doit faire seul, de lui-même. L'objectif le plus cité (41 fois) est de viser l'autonomie à la fois dans les apprentissages et au quotidien. Les autres éléments cités sont : la nécessité d'adapter l'environnement et de proposer un cadre adapté à l'exploration (cité 15 fois) ; le rôle de l'adulte qui est d'observer, de guider et de soutenir en toute bienveillance (13 fois) ; l'idée de laisser du choix (12 fois) ; le fait de partir des besoins, des envies et des intérêts des personnes pour bâtir de nouvelles compétences (10 fois) ; le fait que l'enfant est un véritable acteur dans ses apprentissages (9 fois) ou encore la notion de « périodes sensibles » (7 fois), l'importance de la répétition des tâches (5 fois) et le rôle de l'auto-correction (3 fois). Nous retiendrons également que 7 personnes ont cité la célèbre phrase énoncée par Maria Montessori : « Aide-moi à faire seul ».

A ce stade, nous pouvons donc noter qu'une majorité des orthophonistes ayant répondu au questionnaire a une bonne vision de ce qu'est l'approche Montessori au sens large. Nous leur avons ensuite demandé si, en se basant sur leurs connaissances actuelles, cette méthode leur paraissait pertinente pour les prises en soin orthophoniques. Voici les réponses obtenues :



Plus de la moitié (107) des orthophonistes interrogés pensent que Montessori peut être associé et même utile à l'orthophonie. 10 personnes affirment le contraire et 53 ont opté pour l'option « ne sait pas ». Nous voyons donc ici qu'une part non négligeable des orthophonistes ne voient pas concrètement comment les principes Montessori pourraient être associés de façon pertinente à l'orthophonie.

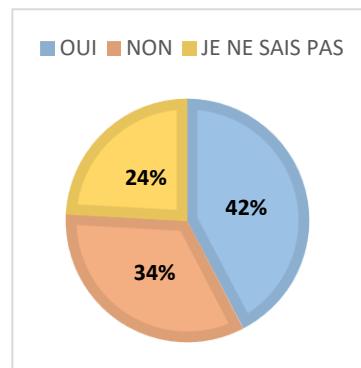
Nous les avons également interrogés sur la terminologie qui leur semble la plus appropriée lorsque l'on associe « Montessori » et « Orthophonie ».



Ce point semble diverger grandement selon les orthophonistes : certains ne voient pas réellement de différences ou d'impacts à la terminologie empruntée et sont donc sans avis. Une personne a souligné la non pertinence de cette question selon elle. D'autres, au contraire, semblent sensibles à ce point. Notons que chaque orthophoniste pouvait ici choisir plusieurs dénominations s'il le souhaitait (les plus appropriées selon lui). Le terme privilégié par la majorité des orthophonistes est « approche », ce qui coïncide d'ailleurs avec le titre de l'ouvrage de Christine Nougarolle : « l'approche Montessori en Orthophonie ».

1.2 Application concrète de Montessori dans les prises en soin orthophoniques

Lorsque l'on demande aux orthophonistes s'ils considèrent utiliser l'approche Montessori dans leur exercice orthophonique, les réponses sont partagées. 72 orthophonistes ont répondu par l'affirmative, soit moins de la moitié des personnes interrogées, tandis que 41 orthophonistes n'ont pas su se prononcer. Cela correspond aux pourcentages ci-contre.



Les orthophonistes ayant affirmé avoir recours à l'approche Montessori ont ensuite pu préciser avec quel(s) patient(s) et quelle(s) pathologie(s) ils considèrent l'utiliser. Voici leurs réponses : 67 orthophonistes utilisent cette approche avec des enfants, 31 l'utilisent avec des adolescents et seulement 11 avec des adultes. En se référant à la nomenclature générale des actes professionnels, voici (cf tableau ci-dessous) pour quelles prises en soin les 72 orthophonistes interrogés utilisent l'approche Montessori (ils avaient bien entendu la possibilité de cocher plusieurs propositions). Notons que deux orthophonistes ont ajouté des précisions en

commentaire. L'un a noté utiliser cette approche « quand les enfants manquent de confiance en eux et en leurs capacités » et l'autre a indiqué l'utiliser « pour toute pathologie tant qu'un apprentissage ou une adaptation des fonctions est visé ».

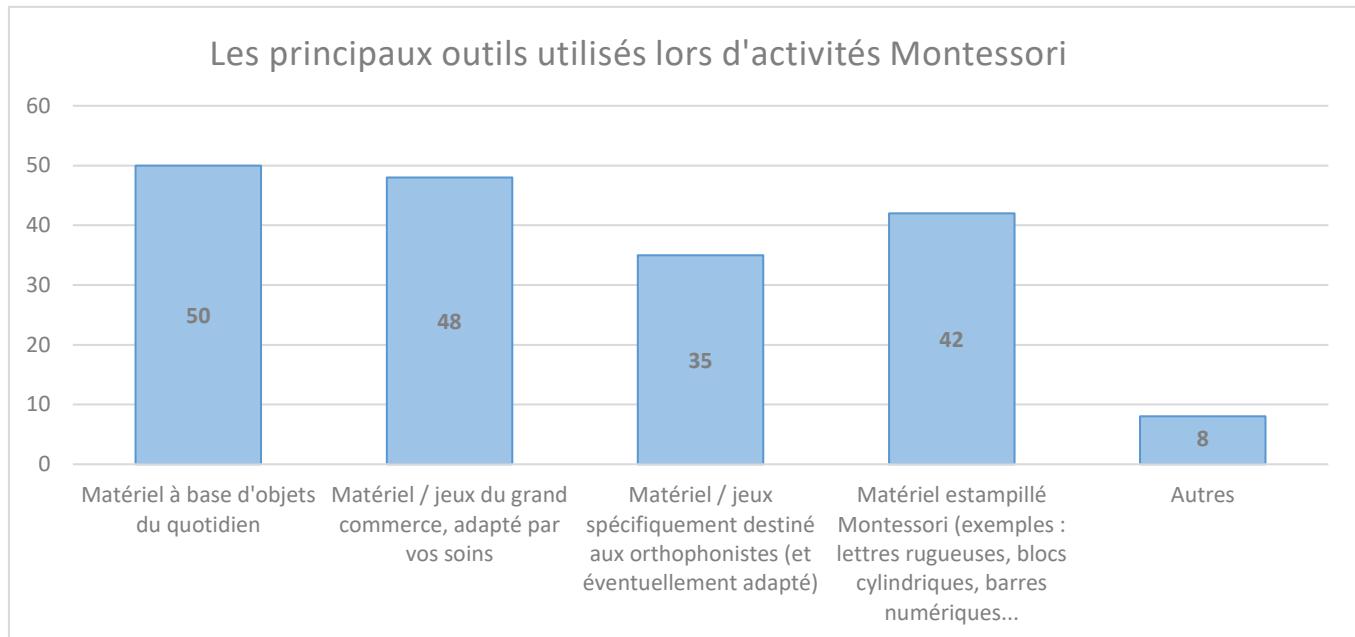
Acte orthophonique	Nombre d'orthophonistes parmi les 72 interrogés utilisant Montessori durant cet acte
Rééducation du langage oral	53
Rééducation de la cognition mathématique	45
Rééducation du langage écrit	41
Rééducation de la communication	30
Rééducation des troubles cognitivo-linguistiques chez un patient souffrant d'une pathologie neuro-dégénérative	14
Rééducation des troubles cognitivo-linguistiques acquis suite à un AVC, une tumeur ou un traumatisme crânien	7
Rééducation des troubles de l'oralité alimentaire	1

Ce tableau nous montre que les orthophonistes utilisant Montessori le font principalement avec des enfants ou adolescents durant des prises en soin correspondant aux AMO 12.1, 10.1 et 10.2.

Les orthophonistes pouvaient ensuite, s'ils le souhaitaient, décrire brièvement dans quels types d'activités ils utilisent l'approche Montessori. Nous avons ici obtenu 59 réponses. Dans le domaine de la communication et du langage oral, les orthophonistes ont surtout mentionné un travail sur le stock lexical en expression et en compréhension. En langage écrit, les notions de correspondances graphème-phonème, de lecture, d'orthographe et de grammaire ont été citées. En cognition mathématique, les orthophonistes semblent principalement travailler, à l'aide d'outils Montessori, la numération, le raisonnement et les structures logiques. Je note que plusieurs personnes ont fait un parallèle entre Montessori et la méthode PREL (premiers raisonnements et émergence du langage) et les utilisent donc conjointement. Les ateliers dits « de vie pratique » ou « sensoriels », créés par Maria Montessori elle-même, ont également été cités respectivement à 5 et 6 reprises. Deux orthophonistes ont dit utiliser les principes montessoriens dans des activités dédiées aux aidants et à l'accompagnement parental.

Enfin, certains orthophonistes n'ont pas cité explicitement de domaines travaillés ou d'activités proposées mais ils ont souligné le fait que ce sont les principes qui sont utilisés de façon plus générale dans leur pratique, dans leur posture ainsi que leur approche orthophonique et dans le cadre thérapeutique qu'ils mettent en place.

Concernant le matériel utilisé lors des séances intégrant l'approche Montessori, les orthophonistes ont recours à plusieurs outils. Voici les principaux outils sélectionnés (les orthophonistes pouvaient bien entendu cocher plusieurs propositions et pouvaient également en ajouter à leur convenance).



8 orthophonistes ont été plus précis, en mentionnant l'utilisation de matériel tout-venant (bouchons, tuyaux, boîtes, cubes, jetons...), ou encore le recours aux perles, tours, cylindres. Certains ont mentionné créer eux-mêmes le matériel de toutes pièces, en créant par exemple des documents Word ou Excel ou encore en utilisant directement le matériel présent au domicile du patient.

Après ce point, nous nous intéressions à la question de la formation à l'approche Montessori. A la question « vous êtes-vous formé ou informé sur l'approche Montessori ? », 109 personnes ont répondu par la négative. Les 61 autres ont pu préciser par quel biais ils s'étaient informés sur cette approche. De nombreux moyens ont ainsi été cités : la lecture de livres grand public (29) et/ou la lecture d'articles scientifiques (19) et/ou la lecture de livres spécifiquement dédiés à l'approche Montessori (10). Certains ont également précisé avoir appris sur Montessori durant leur formation initiale, lors de conférences, sur des sites internet, grâce à l'achat de Montessori Box, en visionnant le documentaire « Le maître est l'enfant »

réalisé par Alexandre Mourot ou encore simplement parce que leur enfant est scolarisé dans une classe Montessori.

Sur ces 61 personnes, 33 personnes indiquent avoir suivi une formation, dont 28 une formation dédiée aux orthophonistes sur le sujet (ce qui représente donc environ 16% de l'ensemble des orthophonistes interrogés) .

Les formations auxquelles les orthophonistes ont participé sont les suivantes (elles sont ici classées des plus citées aux moins citées (nombre se trouvant dans la colonne de droite) :

Les formations dispensées en présentiel par Christine Nougarolles (orthophoniste, à la tête des formations Montessori en Orthophonie - concept Krysalide) traitant du langage oral, du langage écrit et de la grammaire et de la cognition mathématique : « Enrichir sa posture clinique et construire ses rééducations orthophoniques grâce aux principes fondamentaux et aux outils du Dr Montessori ».	18
La formation en ligne de Christine Nougarolles intitulée « Montessori en Orthophonie » disponible sur la plateforme « So Spitch » créée par Lucie Cambrai (orthophoniste).	7
La formation de Jérôme Erkes (neuropsychologue, à la tête de l'organisme AG&D), il en existe en ligne et en présentiel intitulées « La méthode Montessori adaptée à la personne âgée ».	2
La formation ANAE « Montessori et troubles dys » menée par Laurence Randoux, Marie Celton, Fabienne Bigouret.	2
La formation de ADN Montessori (Autonomie & Développement Naturel Montessori) dispensée par Nurfeta Zejnulah (enseignante, formatrice et éditrice), il en existe 3 : formation Montessori 0-3 ans, 3-6 ans et 6-9 ans.	1
Les formations de Eva Wengert (éducatrice Montessori), Association 1, 2, 3 Montessori.	1
Une formation dispensée par une éducatrice spécialisée nommée Assia, formation dédiée aussi bien aux autres professionnels qu'aux parents.	1
La formation « Alzheimer et sensorialité » : prise en soin orthophoniques des troubles de l'oralité alimentaire » dispensée par Emilie Lorrain (orthophoniste et formatrice). Montessori y est abordé mais n'est pas au centre de la formation.	1

Christine Nougarolles est citée 25 fois sur 33. Elle semble s'imposer comme la formatrice étant une référence en formation Montessori pour les orthophonistes français.

Enfin, pour tenter de cerner si les orthophonistes utilisent cette approche en posant une question plus concrète, nous leur avons proposé de cocher les éléments en adéquation avec leur pratique professionnelle. Les propositions correspondaient en fait à des principes Montessori.

Principes utilisés durant les séances et correspondant aux idées montessoriennes	Nombre d'orthophonistes interrogés les utilisant.
Je prête attention à l'intérêt que porte le patient pour l'activité proposée	160
Je prête attention à la motivation du patient	154
Je limite l'aide apportée au patient, je lui laisse du temps avant d'intervenir et de lui proposer un indiqage ou un étayage.	122
Je propose au patient de répéter plusieurs fois la même activité	96
Je laisse le patient choisir entre 2 ou 3 activités que je lui propose	83
Je laisse le patient répéter une activité autant de fois qu'il le souhaite	72
Je laisse le patient s'installer où il le souhaite dans la pièce (bureau, table, sol...)	69
Je laisse le patient s'auto-évaluer	54
Je propose toujours des activités où le patient va pouvoir manipuler	50
Je laisse le patient totalement libre de choisir l'activité	18
Je n'utilise aucun de ces principes	0

Nous observons ici que sur les 170 orthophonistes, personne n'a coché la case « aucun », donc tous les orthophonistes interrogés utilisent dans leur exercice des principes Montessori même s'ils n'en ont pas conscience.

1.3 Prises en soin orthophoniques de patients souffrant de TNCM

Dans la dernière partie du questionnaire, nous nous sommes focalisés sur les prises en soin orthophoniques de patients souffrant de TNCM. Sur les 170 orthophonistes interrogés, 123

prenaient ou avaient déjà pris en soin des patients souffrant de TNCM (soit 72%). Sur ces 123 orthophonistes, seuls 6 étaient amenés à proposer des prises en soin de groupe, en plus des prises en soin individuelles plus traditionnelles. Sur ces 123 orthophonistes, 106 réalisaient les prises en soin au cabinet, 72 se rendaient au domicile du patient et 44 en établissements de soins (hôpital, EHPAD...).

Voici les principales thérapies que les orthophonistes interrogés proposent à leurs patients souffrant de TNCM :

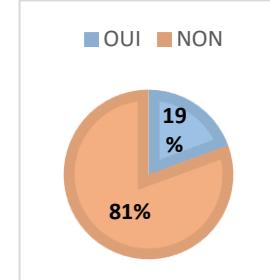
Nom de la thérapie proposée	Nombre d'orthophonistes l'utilisant sur les 123 interrogés
Thérapie de remédiation cognitive	106
Thérapie écosystémique	58
Thérapie de validation	27
Thérapie de réminiscence	25
Thérapie sensorielle	24
Thérapie comportementale	9
Thérapie inspirée de Montessori	9
Thérapie sensorimotrice – réorganisation neurofonctionnelle	9
Hypnose	1

Notons que 2 personnes ont signalé ne pas savoir répondre à cette question. Une personne a noté que « tout dépend du patient, du jour, de la phase de la maladie ainsi que de l'objectif travaillé ». Enfin un orthophoniste a répondu « un peu de tout sans le savoir ». Nous notons que peu d'orthophonistes utilisent spontanément une thérapie Montessori.

Une liste de principes était ensuite proposée aux orthophonistes et ils étaient invités à cocher celui ou ceux qu'ils utilisent, le cas échéant. Ce que les orthophonistes ignoraient, c'est qu'il s'agissait en fait de la liste des principes issus de l'adaptation de la méthode Montessori pour les personnes souffrant de troubles neurocognitifs. Chaque orthophoniste a coché au moins l'un des principes. Tous utilisent donc au minimum un des principes fondamentaux de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées.

Principes Montessori adaptés pour les personnes souffrant de troubles neurocognitifs	Nombre d'orthophoniste les utilisant sur les 123 ayant déjà accompagné des patients souffrant de TNCM.
Je m'appuie sur les capacités préservées du patient	119
J'adapte ma vitesse au patient	111
Je pose le cadre et explique l'activité	98
Je fais des phrases courtes	94
Je parle lentement	82
J'utilise des indices visuels	76
Je divise l'activité en sous-étapes	53
Je donne du matériel au patient pour qu'il manipule	44
J'offre du choix au patient dès que cela est possible	37
Je n'utilise aucun de ces principes	0

Il était ensuite demandé aux 170 orthophonistes s'ils avaient déjà entendu parler de la méthode Montessori adaptée aux personnes souffrant de TNCM. Seuls 33 orthophonistes ont répondu par l'affirmative, ce qui correspond aux pourcentages ci-contre.

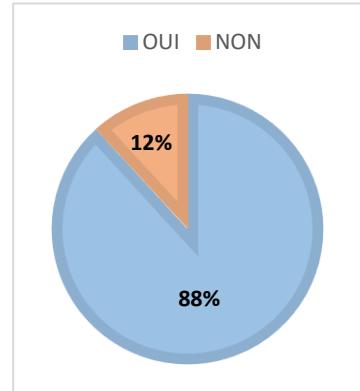


Les 33 orthophonistes ayant répondu « Oui » ont ensuite pu répondre à la question « considérez-vous utiliser l'approche Montessori dans vos prises en soin orthophoniques pour des personnes souffrant de TNCM ? ». Seuls 10 personnes ont répondu « oui », soit 30 % de ceux ayant entendu parler de l'approche Montessori adaptée pour les patients souffrant de TNCM et seulement 6% des 170 personnes interrogées.

Ces 10 personnes étaient enfin invitées à décrire l'intérêt qu'elles voient dans l'approche Montessori pour leurs patients souffrant de TNCM. Nous citerons ici directement les orthophonistes pour ne pas déformer leur propos et conserver exactement les termes utilisés. Il en ressort donc que les orthophonistes utilisent cette approche parce qu'elle permet « d'accompagner au plus près des besoins », « de mettre en valeur les capacités préservées » et « d'être au plus près de la vie réelle et pratique ». C'est une « approche plus

humaine, qui respecte la dignité de la personne » et qui lui permet ainsi « d'être plus actif dans ses journées » et « autonome au quotidien ». Cette approche peut aussi « être très utile aux aidants » et du point de vue de l'orthophoniste, elle permet d'être en « co-leadership » (répartition des rôles) et non de « mener le lead ».

Pour conclure ce questionnaire, il a été demandé aux 170 personnes si elles seraient intéressées d'avoir plus d'informations concernant l'adaptation des principes Montessori en orthophonie pour des personnes souffrant de TNCM et sur l'intérêt de cette approche. Voici leurs réponses : 150 orthophonistes ont répondu « oui » et 20 ont répondu « non » (pourcentages ci-contre). 135 orthophonistes nous ont d'ailleurs ensuite laissé leurs coordonnées afin de recevoir ultérieurement des informations complémentaires sur l'approche Montessori auprès de patients souffrant de TNCM.



2 Analyse des entretiens

2.1 Intérêt et formation des professionnels interrogés

La majorité des professionnels interrogés (5/8) ont connu l'approche Montessori adaptée aux personnes souffrant de troubles neurocognitifs dans le cadre professionnel. Plusieurs ont ainsi participé à un projet d'établissement qui visait à former une partie du personnel à l'approche Montessori. Certains en avaient entendu parler auparavant mais, si le nom Montessori est bien connu, il n'est pas toujours aisément de savoir ce qu'il désigne exactement. Pour reprendre les mots de Madame G. : « j'en avais entendu parler pour les adultes, mais je ne savais pas ce que c'était. Le nom est connu mais les principes et la formation pas du tout ». Madame M. avait assisté à une journée de sensibilisation animée par Jérôme Erkes en 2017, c'est ainsi qu'elle a connu cette approche. Enfin, Madame B. a découvert Montessori pour les patients souffrant de TNCM en échangeant avec des collègues psychomotriciens et animateurs en gérontologie.

Sur l'ensemble des professionnels interrogés, seules mesdames Fa. et S. n'ont pas encore suivi de formation sur l'approche Montessori adaptée aux personnes souffrant de TNCM. Elles se sont, pour l'instant, formées en autodidactes. Madame S. a notamment lu l'ouvrage de Cameron Camp « Alzheimer, une vie pleine de défis » et échangé avec l'organisme « Resanté-

vous », prestataire externe regroupant des professionnels pluridisciplinaires intervenant en établissements pour personnes âgées et qui forme sur cette approche. Madame B. et madame K. ont survolé l'approche Montessori durant leur formation d'animatrice en gérontologie. Les autres personnes interrogées ont suivi des formations spécifiquement dédiées à cette approche. Deux organismes de formation ont été cités : « AG&D » (en France) et « Senior Montessori » (en Belgique). Madame M. est d'ailleurs formatrice pour ce second organisme. Pour ce faire, elle a suivi une formation poussée d'une vingtaine de journées durant lesquelles elle a pu suivre des formations théoriques (notamment animées par Cameron Camp), complétées par des lectures imposées et elle a également accompagné d'autres formateurs en France et en Belgique (pour le côté pratique). Madame M. explique le fonctionnement des formations qu'elle dispense : « en général, ce sont des maisons de repos et de soins qui font une demande de formation pour leurs équipes. C'est l'établissement qui choisit comment il souhaite aborder le sujet et un plan de formation est établi. L'établissement doit avoir conscience que la formation va impliquer des changements au niveau du terrain. La formation dispensée comprend 3 jours de théorie puis les équipes sont invitées à mettre en pratique. Plus tard, durant 2 jours, le formateur observe ce qui a été mis en place et continue d'accompagner les professionnels. L'objectif de la formation est de proposer des outils pratiques ». C'est effectivement ce type de formation qu'ont décrit les autres professionnels formés, avec parfois une légère variation au niveau du contenu et de la durée (impact de la COVID).

2.2 Utilisation de la méthode Montessori adaptée aux patients souffrant de TNCM

Les professionnels interrogés étaient invités à préciser quels éléments ou principes ils trouvent importants dans l'approche Montessori adaptée aux troubles neurocognitifs et qu'ils mettent donc en place dans leur pratique. Tous ont ainsi cité sans hésiter l'idée de rendre son autonomie et son indépendance aux personnes souffrant de TNCM, en « les laissant faire » parce qu' « on a tendance à aider ou faire à leur place » comme le souligne mesdames C. et Fe. Cela passe notamment par le fait de s'appuyer sur les capacités préservées du patient et de lui laisser du choix. Pour citer madame G et madame M : « je n'ai pas un rôle de dirigeant », « je n'impose pas mes choix » ; « le patient doit encore pouvoir s'engager, pouvoir choisir pour lui-même, même si ça ne correspond pas à ce que le soignant souhaiterait. Il est important que la personne soit encore actrice de sa propre vie. ». Madame S poursuit cette idée en disant qu'il est nécessaire de : « trouver du sens pour la personne, une activité utile, lui redonner de l'intérêt

et du plaisir, en lien avec son histoire de vie. C'est à nous [soignants] de nous adapter à la personne et non l'inverse ». Cela passe également par « l'isolation du concept » (diviser l'activité en sous-étapes et proposer une étape à la fois), qui permet de faciliter la tâche au patient comme le souligne madame Fa. Pour résumer, selon madame M., grâce à Montessori : « on n'est plus dans le cercle vicieux où la personne n'est plus capable et décline ».

L'approche Montessori est donc utilisée quotidiennement par ces professionnels. Certains l'utilisent avec tous leurs patients : « avec tous les résidents, toutes les personnes âgées car c'est essentiel pour TOUS, mais d'autant plus pour ceux ayant des troubles cognitifs, cela a d'autant plus de sens pour eux » (madame S.). Madame G., logopède, utilise ainsi cette approche avec des patients souffrant de pathologies très variées telles que des dysarthries parkinsoniennes, des troubles phasiques post-AVC ou encore des troubles de la déglutition. Mais certains professionnels évoquent tout de même des limites à cette approche. Selon madame G., arrivé à un certain stade de la maladie, « on ne peut que proposer aux patients des choses qui vont leur faire du bien. C'est davantage du palliatif, du bien-être, que du Montessori ».

Les activités inspirées de Montessori pouvant être proposées aux personnes âgées souffrant de TNCM sont nombreuses ; voici un tableau regroupant les activités citées par les professionnels, ainsi que leur intérêt et, dans certains cas, les outils utilisés.

Activités proposées	Intérêts des activités et outils/supports utilisés
Activités de la vie quotidienne et tâches ménagères : mettre la table, débarrasser la table, aider à faire le ménage ou la vaisselle, dresser un buffet, aller s'y servir, plier du linge, arroser les plantes, distribuer le courrier...	<i>Intérêt :</i> Les personnes participent au bien-être de la communauté. Des rôles sociaux leur sont attribués. Utilisation de gestes travaillant la mémoire procédurale. <i>Outils :</i> Pour la disposition de la table : une photo peut servir de modèle pour les objets à mettre et leur disposition. On peut également utiliser un set de table où l'assiette, les couverts et le verre sont dessinés, il suffit donc de déposer chaque objet au bon endroit. Des étiquettes-mots (qui servent de guide) sont utilisées pour indiquer où se rangent les ustensiles, les plats proposés au repas...
Activités occupationnelles et stimulant les fonctions cognitives :	<i>Intérêt :</i> Activités plus individuelles, qui peuvent être à disposition du patient (il est souvent nécessaire de lui proposer car une personne souffrant de TNCM ne prend pas forcément l'initiative d'aller chercher

<p>mots fléchés, mettre des bouchons dans le pot adéquat en fonction de leurs couleurs, armoire d'activités autonomes, activités de catégorisation, planification d'une recette de cuisine...</p>	<p>une activité). Un niveau de difficulté adapté aux capacités du patient peut être proposé. Les fonctions exécutives sont également sollicitées.</p> <p><i>Outils :</i> Supports écrits, mots et images à associer ou à classer. Ils peuvent tenir compte des intérêts du patient.</p>
<p>Activités manuelles et/ou de plein air : cuisine, jardinage, vendanges, bricolage, tricot...</p>	<p><i>Intérêt :</i> Ces activités font souvent appel à la mémoire procédurale. Elles permettent au patient de participer à des activités concrètes ayant un but et s'appuyant sur leurs capacités. Ils se sentent valorisés.</p> <p><i>Outils :</i> Fiche reprenant les différentes étapes/actions à réaliser. Utilisation possible de l'ardoise Velleda pour laisser une phrase mémo sur l'activité à réaliser.</p>
<p>Activités sensorielles : musique, tapis sensoriel, mur sensoriel, sac d'Augustine.</p>	<p><i>Intérêt :</i> permettre à la personne d'explorer le sensoriel, stimule la réminiscence. Les personnes sont souvent apaisées.</p>
<p>Activités de lecture et d'écriture : création d'un journal, lecture de livres Montessori</p>	<p><i>Intérêt :</i> La lecture est une capacité longtemps préservée sur laquelle il est possible de s'appuyer. A travers ces activités de lecture ou de création de journal, les personnes échangent, une réelle dynamique de groupe se crée.</p> <p><i>Outils :</i> Livre Montessori, police très grande et adaptée, souvent des illustrations sont présentes. Il est possible de faire passer au préalable un « test de lecture Montessori » pour voir si la personne est encore capable de lire et quelle taille de police est nécessaire pour que ce soit confortable pour elle. Dans le journal, des créations des patients/résidents peuvent être intégrées (poèmes, peinture...). Cela stimule également la mémoire, permet de leur rappeler ce qu'il s'est passé récemment. Des rôles sociaux peuvent être attribués : rôle du relecteur, rôle du facteur...</p>
<p>Projet communautaire : création d'un petit magasin avec ventes organisées plusieurs fois par mois.</p>	<p><i>Intérêt :</i> Mener un projet en groupe, chaque personne a un rôle défini : étiqueter les prix, ranger les produits sur les étagères, tenir la caisse, proposer la livraison en chambre... C'est aussi l'occasion d'échanger et de recréer du lien social.</p>

<p>Activités « orthophoniques » : apprentissage des postures de sécurité pour la déglutition, usage de fiches avec aliments autorisés ou non, apprentissage de la procédure pour épaisser les liquides, exercices de diction et de fluence dans le cadre d'une dysarthrie, activités visant à réduire le manque du mot...</p>	<p><i>Intérêt</i> : Utiliser les principes Montessori au service de la prise en soin orthophonique.</p> <p><i>Outils</i> : Pour les postures de sécurité et l'épaississement, création d'une fiche avec photos prises de la personne pendant qu'elle réalise les postures ou les étapes pour épaisser, qui sert d'aide-mémoire visuel. Idem pour les aliments autorisés : fiche avec photos/dessins et éventuellement pictogrammes pour bien montrer visuellement ce qu'il est possible de manger ou non (l'image est alors barrée). Cette fiche doit être bien visible en chambre afin que tous (patient, soignants et aidants) y aient accès.</p> <p>Lors des exercices, proposer les consignes en multipliant les modalités : par exemple visuelle et auditive (on présente la consigne à l'écrit et on la lit en même temps). Concernant le manque du mot, il est possible de travailler avec des cartes de nomenclature (image + mot) et/ou de proposer une leçon en 3 temps (<u>introduction</u> : le professionnel dénomme, <u>expérience</u> : le patient désigne, <u>rappel verbal</u> : le patient dénomme).</p>
<p>Autres activités citées : médiation animale/zoothérapie, poupée d'empathie.</p>	<p><i>Intérêt</i> : Permettre à la personne d'entrer en relation, elle est souvent plus apaisée après ces activités.</p>

Les éléments prégnants, qui ressortent de la plupart des entretiens, sont l'importance que l'activité ait un but, que le patient (ou résident) se sente utile. Définir des rôles sociaux est donc très important. Comme le précise madame S. : « il s'agit en fait surtout d'outils (comme dans une boîte à outils), que l'on va piocher à l'instant T pour une situation précise. On peut finalement proposer tout ce qui est thérapeutique sans être médicamenteux et qui a du sens pour la personne ». Ces activités semblent très appréciées des patients, madame G rapporte ainsi les paroles de certains résidents à propos des activités montessoriennes : « c'est chouette ça change », « c'est gai », « on a de la nouveauté, de la dynamique ».

Concernant le matériel utilisé, il est quasiment exclusivement créé par le thérapeute pour pouvoir proposer des supports et outils personnalisés, au plus près des besoins du patient. Il est même possible de faire participer le patient/résident à la création du support. Concrètement, le matériel utilisé est simple. Il doit impérativement mettre l'accent sur le sensoriel et particulièrement sur le visuel (les professionnels ont souvent recours à des affiches ou supports

papiers plastifiés et à des objets du quotidien). Comme le souligne madame M., « le seul matériel que l'on peut acheter pour les personnes âgées est le livre Montessori, mais le faire c'est encore plus intéressant ! Préparer le matériel est une activité à part entière ».

2.3 Opinion des professionnels sur cette approche

Nous avons questionné les professionnels sur les changements observés chez les personnes souffrant de TNCM suite à l'utilisation des principes et outils Montessori.

Au niveau du comportement, une évolution positive est observée par 4 des professionnelles interrogées. Madame S. explique ainsi que Montessori « permet de favoriser l'apaisement et de réduire les comportements défis (déambulation, cris, agitation, ...) ». Pour madame B., « on sent que la personne est plus satisfaite et mise en valeur ». Madame M. évoque la même idée : « On remarque une réelle valorisation, ils se sentent utiles et cela a un impact positif sur la dépression. [...] Les comportements « agressifs », les personnes sur la défensive... Tout cela s'estompe ! ».

Le lien social est lui aussi favorisé par les activités Montessori : les patients ont souvent « plus confiance en eux », « sont moins en retrait » et « osent aller vers les autres pour discuter » selon mesdames C. et B.

Le lien familial, en revanche, ne semble pas impacté de façon aussi positive. En tous les cas, la majorité des personnes interrogées n'ont pas souhaité se prononcer à ce sujet, n'ayant pas réellement pu observer de changements ou considérant ne pas être en mesure de juger de la relation et des échanges familiaux.

Enfin, au niveau du langage et de la communication, les professionnels interrogés observent unanimement des répercussions positives. Madame Fe. évoque « un meilleur échange patient-soignant » et précise que « certaines personnes entrent désormais en discussion avec d'autres résidents, notamment pour les conseiller ». Mesdames C. et M. confirment cette idée : « avant ils ne parlaient pas, maintenant si » ; « la personne est ainsi plus engagée au niveau de la communication ». Les patients « se confient également davantage » selon l'expérience de madame B.

Par ailleurs, certains professionnels soulignent que les patients semblent simplement plus heureux et qu'ils affichent des sourires beaucoup plus régulièrement.

Au terme de l'entretien, il était proposé aux professionnels de dresser un bilan, comprenant les points positifs et négatifs, les bénéfices et les limites de l'approche Montessori adaptée pour les personnes souffrant de TNCM. Deux personnes n'ont pas cité de limite et une autre a précisé : « les points positifs balayent les points négatifs ». Voici les propos recueillis :

Bénéfices	Limites
« L'autonomie » (Madame C.) (Madame Fa.)	« En maison de retraite, certains résidents se croient à l'hôtel et ne voient pas pourquoi ils participeraient aux tâches. Il est alors difficile de les faire participer, mais ça reste une minorité ». (Madame Fe.)
« Permet à la personne d'être active et de comprendre le sens de l'activité ». (Madame Fa.)	« Il existe des limites institutionnelles et financières » (Madame C.) « C'est difficile quand certaines personnes de l'équipe n'adhèrent pas au projet ». (Madame G.)
« Beaucoup plus adapté à la personne, à ses difficultés ; les principes Montessori permettent de se montrer plus à l'écoute, de trouver des idées pour chaque situation, de toujours réfléchir dans le sens d'un mieux-être de la personne ». (Madame S.)	« Certaines familles sont réticentes. Elles ont peur que leurs proches soient engagés dans des activités, peur qu'il leur arrive quelque chose. Selon certaines familles, s'ils sont en maison de repos c'est pour se reposer ». (Madame G.)
« L'humanisation ; [Montessori] rend un rôle aux personnes, donne des objectifs à des gens qui n'en avaient plus. Pousse [les professionnels] à constamment se réinventer et à faire mieux, et les maisons de repos à se réinventer, se dynamiser, chercher des nouvelles techniques, des nouvelles activités ». (Madame G.)	« Il ne faut pas prendre la méthode et l'appliquer de A à Z en copié-collé, mais toujours adapter à chacun. Il y a beaucoup de résidents avec lesquels cela va fonctionner, mais pas forcément avec tous ». (Madame S.)
« Très riche et rassembleur au niveau des équipes de soin [...] C'est également une réelle bouffée d'oxygène dans ce contexte covid ». (Madame M.)	« Quand la maladie est trop avancée, on est limité, le soin et les médicaments prennent le dessus. On n'est plus dans le contexte vie, sens et but de Montessori ». (Madame G)
Permet de « pouvoir communiquer et partager des moments conviviaux et agréables avec les personnes accompagnées, et de les sentir en confiance ». (Madame B.)	« Prend beaucoup de temps et d'énergie au soignant dans un premier temps ». (Madame M.)
« Montessori permet de redonner du sens à ce que vit la personne mais aussi de redonner un rôle au soignant. Le soignant n'est pas uniquement présent	

<p>pour nourrir et laver. [...] Montessori permet de prendre et de donner des libertés ». (Madame M.)</p>	<p>« Demande une certaine logistique : préparer le matériel, par exemple les ustensiles ou ingrédients, prévenir l'aidant... ». (Madame Fa)</p> <p>« Le risque est que Montessori ne soit pas une valeur, une façon de vivre mais un argument de vente. Montessori c'est beau, ça parle ». (Madame G.)</p>
---	--

3 Observation d'ateliers Montessori menés en Ehpad et ressenti des orthophonistes

3.1 Déroulé des ateliers observés

Les ateliers proposés s'axent sur un thème différent chaque semaine, autant que possible en lien avec les événements et fêtes au fil de l'année, afin de permettre un ancrage temporel et d'évoquer des sujets parlants pour les résidents de l'Ehpad. J'ai ainsi pu assister à des ateliers sur la musique autour du 21 juin, sur les fleurs et légumes de saison au printemps, sur le chocolat à Pâques, etc.

Les ateliers ont toujours un déroulé précis, presque ritualisé. Tout d'abord, les orthophonistes se présentent en montrant bien le badge qu'elles portent (support visuel). Elles expliquent également la raison de leur présence et invitent les patients à participer à l'atelier. Ces derniers ont bien entendu la possibilité de refuser. Une fois tout le monde installé autour d'une table, c'est au tour des résidents de se présenter. Ils peuvent s'appuyer sur une feuille, qu'ils se passent et sur laquelle trois questions sont inscrites (en taille de police assez grande) : « Quel est votre nom ? » « Quel est votre prénom ? » et « Comment vous sentez-vous ? ». Lorsque chaque résident se présente, il se voit proposer plusieurs « rôles sociaux » et peut choisir celui qu'il préfère. Les orthophonistes adaptent bien entendu leurs propositions en fonction des capacités préservées du résident. Les différents rôles sociaux, lors des ateliers auxquels j'ai participé étaient : président de séance, lecteur, responsable des objets, responsable des chants, responsable de la date et invité. Plusieurs résidents peuvent sans souci avoir le même rôle. Il y a ensuite un petit temps d'ancrage temporo-spatial : le responsable de la date énonce la date du jour et les orthophonistes précisent que l'on se trouve à la maison de retraite « xxx » dans la ville de xxx. Après ce temps, important pour la mise en place du cadre, l'atelier à proprement parlé peut commencer. Il suit toujours un déroulé similaire : tout d'abord des

questions de réminiscence sur le thème choisi permettent aux résidents de se remémorer des événements personnels et de les partager. Puis plusieurs activités touchant à la fois le versant expressif et réceptif sont proposées : lecture d'un texte suivi de questions, devinettes, activités de catégorisation, association images et étiquettes-mots... Pour clôturer la séance, une chanson connue est proposée et tous les participants sont invités à chanter, en s'aidant des paroles écrites qui leur sont distribuées. Enfin, les résidents sont amenés à ranger les objets ou le matériel utilisé et les orthophonistes leur demandent s'ils ont apprécié l'atelier et s'ils voudront y participer à nouveau.

3.2 Evolutions des principes et outils Montessori proposés dans les ateliers

Grâce à la grille d'observation visible en annexe n°3, nous avons pu observer que les orthophonistes proposant ces ateliers respectaient l'intégralité des principes Montessori, même si certains paraissaient un peu plus compliqués à automatiser, comme « parler lentement » ou « diviser l'activité en sous-étapes ».

Nous avons assisté à 11 ateliers espacés dans le temps. Au fil de l'année, les orthophonistes, ayant suivi une formation en ligne créée par AG&D, ont modifié les ateliers afin d'être au plus proche des principes Montessori et de proposer des supports et outils adaptés. Voici le tableau synthétisant les modifications apportées au déroulement des ateliers entre 2021 et 2022, ainsi que nos observations et nos remarques.

	2021	2022	Remarques
Arrivée et présentation des orthophonistes	Badge nominatif pour les professionnels	→ Pas de changement	Les yeux des résidents se portent naturellement vers le badge, ils le relisent plusieurs fois au cours de la séance.
Présentation et Attribution des rôles sociaux	Chevalet avec le nom/prénom et un autre chevalet avec le rôle social choisi remis au participant	Scratch entouré d'un rond de couleur (pour accroche visuelle) rajouté au chevalet afin que	On demande aux personnes de se présenter, puis on leur donne leur chevalet. S'ils ne parviennent pas à se présenter, le chevalet constitue une aide visuelle supplémentaire.

		<p>Le participant y « scratche » lui-même le rôle qu'il a choisi (rôle inscrit sur des étiquettes plastifiées)</p>	<p>La majorité des personnes sont très fières à l'attribution de leur rôle social, mais certaines n'en voient pas l'intérêt et ne souhaitent pas en choisir.</p> <p>Le chevalet reste devant la personne tout au long de la séance, cela permet de lui rappeler parfois son rôle en pointant du doigt l'étiquette.</p>
Annonce de la date du jour par le « responsable de la date »	<p>Feuille contenant tous les jours de la semaine, les dates et les mois avec des post-it transparents permettant de surligner la date du jour</p>	<p>Création d'une fiche où l'on scratche avant l'atelier les différentes étiquettes (jour, date, mois et année) pour former la date du jour.</p>	<p>Cet exercice était souvent difficile, les résidents avaient besoin d'aide, il y avait des difficultés visuelles.</p> <p>Le nouveau support permet plus de clarté et une lecture simplifiée.</p>
Thèmes des ateliers	<p>Thèmes du quotidien, en fonction des fêtes de l'année, des décès de personnalités...</p>	<p>→ Pas de changement</p>	<p>Les thèmes doivent être variés. Il convient de faire attention à ne pas s'enfermer dans des clichés : ce n'est pas parce qu'il n'y a que des femmes qui participent qu'elles apprécieront forcément les ateliers sur le thème de la cuisine par exemple.</p> <p>Le thème des chanteurs est très apprécié.</p> <p>Les participants sont parfois invités à deviner le thème du jour à l'aide d'indices visuels, d'objets...</p>
Réminiscence	<p>Questions posées oralement par les orthophonistes puis</p>	<p>Chaque question est écrite sur 1 page format paysage en</p>	<p>Le support écrit permet de combiner à la fois les modalités visuelle et auditive.</p>

	tour de table pour que chaque participant y réponde tour à tour.	police 45. Chaque participant a ainsi la question sous les yeux pour y répondre, puis passe la fiche/question à son voisin.	Le participant a la possibilité de relire la question si besoin.
Manipulation d'objets	On donne un objet à chaque personne Ensuite durant un tour de table, chacun présente l'objet qu'il a reçu.	Chaque participant peut choisir l'objet qu'il préfère entre les 2 ou 3 qui lui sont proposés.	Souvent très appréciés, les objets concrets favorisent la communication et permettent l'entraide lorsqu'une personne a un manque du mot par exemple. Ils servent également de support visuel et kinesthésique pour mieux décrire l'objet, son utilisation...
Associer une image, ou un objet, au mot écrit correspondant	Etiquettes-mots	Police des étiquettes-mots augmentée et gommettes de même couleur ajoutées sur chaque image et mot correspondant, pour permettre un indiqage visuel ou une auto-correction	En pratique, l'indiqage visuel des gommettes est peu utilisé par les participants. On observe qu'ils n'ont pas non plus le réflexe de s'auto-corriger.
Texte et questions	Texte court. Les réponses peuvent être mises en évidence (en gras par exemple).	→ pas de changement	Cet exercice se révèle difficile pour certaines personnes qui se perdent dans le texte, ne lisent pas la bonne question...
Devinettes lues par les « lecteurs »	Devinettes sur le thème choisi. Les personnes peuvent répondre oralement.	Création d'une fiche regroupant toutes les images correspondant aux réponses des	Le problème observé avec le procédé initial est que certains participants répondent très vite et tout le monde n'a donc pas le temps de réfléchir.

	<p>Le résident peut s'aider en choisissant la réponse parmi des images ou étiquettes mots proposées.</p>	<p>devinettes (comme une grille de loto). Utilisation de jetons : les participants recouvrent les images au fur et à mesure qu'ils trouvent les réponses.</p>	<p>Avec la création de la fiche-images, chacun peut chercher de son côté l'image à sélectionner en réponse à la devinette.</p> <p>Ce nouveau procédé permet au participant de ne pas se perdre visuellement dans toutes les images étaillées devant lui.</p> <p>Limite : les jetons peuvent bouger, et leur préhension est difficile pour certains résidents.</p>
Chanson	<p>Le « responsable des chants » peut parfois choisir entre 2 chansons.</p> <p>Possibilité pour tous d'avoir le texte sous les yeux.</p>	→ Pas de changement	<p>Moment très apprécié des résidents.</p> <p>Les participants fredonnent la mélodie ou chantent souvent de tête, au final, peu lisent les paroles.</p>
Rangement	<p>Les orthophonistes rangent à la fin de la séance</p>	<p>Nous proposons aux résidents, particulièrement au « responsable des objets » de nous aider à ranger. Un petit bac est proposé à cet effet.</p>	<p>Les personnes participent jusqu'au bout, même pour les petites tâches, et elles sont très contentes d'apporter leur aide.</p>
Remerciements et fin de séance	<p>Remerciements des orthophonistes et des participants</p>	<p>Les orthophonistes demandent : « Avez-vous aimé ce que l'on a fait aujourd'hui ? » « Voudriez-vous recommencer ? »</p>	<p>Ces questions permettent de recueillir le sentiment des participants et d'évaluer ainsi leur degré d'adhésion au thème proposé.</p>

3.3 Opinion des orthophonistes proposant les ateliers

Nous avons souhaité interroger les deux orthophonistes (madame P. et madame R.) à l'initiative de ces ateliers Montessori depuis environ 18 mois, afin d'avoir leur avis sur la pertinence de cette approche et de pouvoir étayer cette étude avec des données plus concrètes.

Dans un premier temps, nous leur avons demandé s'il avait été compliqué d'assimiler et de mettre en place les principes Montessori. Elles ont affirmé que non, « car ils relèvent de beaucoup de bon sens » selon madame R. En revanche, toutes deux sont d'accord pour dire que cela « nécessite un changement d'habitudes ». La modification concrète de leurs ateliers, pour qu'ils soient plus en adéquation avec Montessori, n'a pas été difficile, en revanche elle a été coûteuse en temps : « cela demande du temps en amont des séances pour préparer le matériel, et les supports évoluent au fur et à mesure qu'on met en place les ateliers » (madame R.). De plus, il est nécessaire de « proposer des adaptations différentes selon le stade de sévérité » du trouble neurocognitif (madame P.).

Interrogées dans un second temps sur les changements marquants selon elles, dans leur façon de mener les ateliers, mesdames P. et R. ont cité en premier « la façon de s'adresser au patient », en précisant : « la formulation des questions, le rythme de parole » (madame R.) et « la formulation « voulez-vous ? » au lieu de « pouvez-vous ? » » (madame P.). Elles ont ensuite évoqué le fait que le patient est « plus actif » et « acteur ». Les patients sont davantage autonomes : « chacun à leur rythme et en fonction de leurs capacités bien sûr » (madame R.). Cela passe notamment par l'adaptation des supports comme par exemple « les réponses aux devinettes sous forme de tableau avec des jetons à placer sur les réponses, ce qui facilite l'accès lexical et sémantique pour les patients » (madame P.).

Une généralisation de l'utilisation de ces principes, par les autres professionnels exerçant à l'Ehpad, semble toutefois encore compliquée. Bien entendu, les orthophonistes en ont parlé avec ces derniers, mais les autres professionnels « ne sont pas sensibilisés de la même façon » à l'intérêt d'une telle approche. Si quelques-uns se montrent très intéressés et tentent de mettre en place des adaptations sur initiatives personnelles (notamment en unité de soins fermée et en accueil de jour), ils ne sont malheureusement pas suivis par leurs collègues. Comme le rapporte madame P., pour que les principes Montessori soient réellement appliqués, il faudrait certainement une « politique au sein de la structure toute entière ». Madame R. précise que « dans les faits c'est beaucoup plus compliqué pour trouver les fonds afin de former le

personnel » et cela implique également « beaucoup de modifications et certainement beaucoup d'énergie ».

Mesdames P. et R. intervenant dans un Ehpad et proposant des ateliers de groupe (comme la majorité des professionnels interrogés lors des entretiens), il nous a ensuite semblé intéressant de leur demander si elles avaient tenté d'utiliser également des principes et outils Montessori lors de leurs prises en soin individuelles. La réponse a été positive : toutes deux essaient de « garder en tête les grands principes et de les appliquer ». Madame R. explique : « je fais plus attention à la façon dont je présente/propose le travail à mes patients et je m'attache à regarder davantage ce qui est préservé ». Madame P. va dans le même sens en prêtant attention à « la façon de s'adresser à chaque patient (valable quel que soit le stade de la maladie), de sélectionner et proposer des activités qui permettront au patient de se trouver dans sa zone de confort ».

Tout comme les divers professionnels de santé interrogés, les orthophonistes ont également pu observer des changements chez les patients suite aux ateliers de groupe proposés. Au niveau comportemental, elles observent une meilleure participation de la majorité des résidents, une amélioration des capacités d'apprentissage et d'autonomie, ainsi que « beaucoup moins de comportements inadaptés ou dérangeants pour les autres » (madame R.). De plus, les ateliers proposés semblent améliorer le lien social. Les orthophonistes notent « un meilleur respect des tours de rôle au sein du groupe » et que « les patients tiennent davantage compte des autres, que ce soit pour leur passer du matériel ou pour leur proposer une aide ». Concernant la communication, bien qu'indéniablement limitée pour certaines personnes en raison du stade de sévérité de leur pathologie, elle est perçue comme « plus riche » car « multimodale et adaptée à chacun ». Pour madame P., « l'attribution des rôles sociaux restaure leur statut de communicant ». Par ailleurs, les divers supports proposés permettent également de faciliter la communication et le langage (notamment l'accès au lexique). En revanche, les bénéfices sur les fonctions cognitives semblent plus difficiles à évaluer. Madame P. évoque d'éventuels bénéfices sur la mémoire sémantique, mais cela serait davantage dû au choix du thème qu'à la méthode Montessori. Madame R. affirme que « respecter ces principes permet aux patients de participer davantage et de mobiliser/remobiliser certaines capacités cognitives qui seraient sinon totalement mises de côté ».

Il paraît nécessaire de souligner que les évolutions positives observées ne sont pas forcément et uniquement dues à l'utilisation de principes Montessori. En effet, certains bénéfices pour les patients avaient déjà été observés par les orthophonistes lors de proposition

d'activités de groupe plus classiques. De plus, ces changements chez les résidents sont observés durant le déroulé du groupe et il paraît difficile de cerner si l'intervention a réellement un impact au quotidien. A ce sujet, nous avons interrogé une aide-soignante/animatrice en gérontologie (madame K.), accompagnant quotidiennement les résidents assistant aux groupes avec les orthophonistes et nous lui avons demandé si elle perçoit un impact des ateliers sur la communication des patients ; en d'autres termes la communication des résidents est-elle améliorée même à distance des ateliers ? Cette professionnelle a hésité un moment avant de dire qu'elle ne note « pas réellement de différence avant et après les ateliers » même si « parfois les résidents reparlent entre eux du thème abordé en atelier *a posteriori* ». Dans tous les cas, elle souligne qu' « ils apprécient vraiment ces moments d'échanges en groupe », qu'elle essaie désormais de proposer dans sa propre pratique.

Les orthophonistes sont convaincues qu'utiliser Montessori pour des patients souffrant de TNCM est pertinent. Même si cette approche « n'est pas spécifiquement orthophonique », elle « permet de restaurer et/ou de maintenir plus facilement le statut de communicant et c'est notre objectif principal avec les patients atteints de TNCM » (madame P.). En réalité, cette approche est « pleine de bon sens » et « renforce certains principes déjà préconisés en orthophonie ». Elle améliore « notre savoir-faire auprès des personnes souffrant de troubles cognitifs sévères » (madame R.). Elle permet aussi « le respect de la personne » et s'inscrit dans une « démarche bienveillante » tout en proposant « des activités adaptées selon chaque stade de sévérité » et où « les capacités de chacun sont mieux ciblées ». Elle permet également à l'orthophoniste d'apporter « davantage aux proches et aux aidants », ainsi que la « satisfaction de voir les patients contents des séances » (madame R.).

Pour conclure, madame P. réaffirme l'intérêt de l'approche Montessori dans le cadre des prises en soin de patients souffrant de TNCM : « cette méthode a permis de formaliser notre pratique [...] et de nous focaliser sur l'engagement dans l'activité plutôt que sur la réussite. Les principes énoncés nous ont confortées dans ce que nous proposions et nous ont permis de les affirmer et d'aller encore plus loin ».

Suite à ces observations et aux différents témoignages recueillis., l'application de l'approche Montessori en orthophonie dans les prises en soin de patients souffrant de TNCM semble donc tout à fait appropriée et apporte clairement des bénéfices pour le patient.

DISCUSSION

1 Synthèse des résultats et validation des hypothèses

Hypothèse n°1 : L'approche Montessori adaptée pour des patients souffrant de TNCM est peu connue et utilisée par les orthophonistes français.

L'analyse des données recueillies dans le questionnaire diffusé aux orthophonistes français a montré que sur les 170 orthophonistes interrogés, la quasi-totalité des orthophonistes (99,4%) a déjà entendu parler de « Montessori » et environ 42% considèrent utiliser cette approche dans leurs prises en soin orthophoniques. En revanche, lorsque l'on évoque Montessori adapté pour les personnes souffrant de TNCM, seuls 33 orthophonistes (soit 19 %) déclarent connaître cette approche. Et parmi eux, 10 orthophonistes seulement affirment l'utiliser dans leurs prises en soin orthophoniques (soit 6% de l'ensemble des orthophonistes interrogés). Ces résultats sont également concordants avec ce que nous avions évoqué dans la partie théorique, à savoir qu'au vu du peu de données de la littérature sur ce sujet, il semble logique que peu d'orthophonistes connaissent et utilisent cette approche.

→ Ainsi, notre première hypothèse est donc validée.

Hypothèse n°2 : Des principes et outils Montessori sont utilisés par certains professionnels de santé en charge de patients souffrant de TNCM, qui y voient un réel intérêt pour maintenir et/ou améliorer les capacités cognitives des patients.

Lors des entretiens, nous avons pu échanger avec des professionnels de santé de divers horizons utilisant l'approche Montessori avec leurs patients souffrant de TNCM. Tous s'appuyaient sur les principes établis par Cameron Camp pour accompagner au mieux les personnes souffrant de troubles neurocognitifs. Les professionnels ont unanimement affirmé leur adhésion à cette approche et sont convaincus de son intérêt. Ils ont notamment évoqué les bénéfices de cette approche en décrivant les changements positifs observés chez leurs patients aux niveaux comportemental et du lien social (ce qui est en adéquation avec les données de la littérature), ainsi qu'au niveau de la communication. En revanche, se prononcer sur le maintien, voire l'amélioration des capacités cognitives est plus délicat. Il semble que l'approche

Montessori participe, au moins en partie, à maintenir les fonctions cognitives, puisque le patient est beaucoup plus amené à faire par lui-même, qu'il est acteur et participe à de nombreuses activités stimulant ses fonctions cognitives. Néanmoins, il paraît excessif d'affirmer que cette approche améliore réellement les fonctions cognitives du patient. Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas là, pour les professionnels, de l'argument principal évoqué pour expliquer leur utilisation de la « philosophie » Montessori. L'intérêt essentiel qui ressort de leurs témoignages est l'aspect humanisant de celle-ci, et son impact positif sur le comportement et la communication.

→ **Cette hypothèse est donc partiellement validée :** l'intérêt des professionnels est unanime pour ce qui est de l'impact positif dans les domaines du comportement, de la communication et du lien social mais il est impossible d'affirmer l'intérêt pour améliorer les fonctions cognitives.

Hypothèse n°3 : L'utilisation de principes et outils Montessori pourrait également aider à maintenir et/ou améliorer la communication fonctionnelle au quotidien du patient souffrant de TNCM et aurait donc un intérêt dans les prises en soin orthophoniques.

L'observation d'ateliers menés par deux orthophonistes au sein d'un Ehpad ainsi que le recueil de leur opinion sur cette approche ont permis de mettre en lumière l'intérêt des principes Montessori lors des prises en soin orthophoniques, puisqu'ils permettent de maintenir plus facilement le statut de communicant de la personne et qu'il s'agit là de notre objectif principal en tant qu'orthophoniste. Toutefois, il paraît difficile de parler « d'outils Montessori » tels qu'ils existent pour les enfants ; les orthophonistes ont certes proposé des supports adaptés, mais fabriqués par leurs soins. Finalement, c'est davantage l'application des principes Montessori qui prime sur les outils ou les activités lorsque l'on utilise l'approche Montessori avec des patients souffrant de TNCM. Par ailleurs, aucun élément ne nous permet de valider l'hypothèse d'une amélioration de la communication du patient au quotidien.

→ **Cette hypothèse est donc partiellement validée :** les principes Montessori aident au maintien de la communication mais nous ne pouvons pas affirmer qu'ils permettent une amélioration de la communication au quotidien.

2 Limites de l'étude

Plusieurs limites à notre étude peuvent être évoquées. Tout d'abord, concernant la méthodologie, comme déjà précisé, les échantillons de personnes interrogées restent très faibles

comparé à l'ensemble des orthophonistes français et des professionnels utilisant l'approche Montessori pour leurs patients souffrant de TNCM. Nous ne pouvons donc pas être sûrs de la représentativité de nos résultats. De plus, les données recueillies sont subjectives. Notre analyse repose sur une synthèse des données recueillies dans laquelle nous nous sommes efforcés de prendre en compte l'essentiel des éléments cités, même si notre analyse n'est pas exhaustive.

Par ailleurs, ce travail de recherche a mis en avant les indiscutables bénéfices de l'utilisation de l'approche Montessori pour des patients souffrant de TNCM. Cependant, la grande majorité des professionnels ayant partagé leurs expériences (y compris les orthophonistes) exerce en structure de soins où ils proposent des activités de groupe. Or, il ne s'agit pas là de l'exercice principal des orthophonistes, puisque environ 80% ont une activité libérale et réalisent des prises en soin individuelles. La possibilité de transférer cette approche aux prises en soin individuelles n'a été abordée que succinctement et mériterait d'être étudiée plus spécifiquement.

Enfin, il me paraît important de souligner que nous avons, autant que possible, tenté de cerner les bénéfices et les limites de l'approche Montessori adaptée aux patients souffrant de TNCM dans l'approche orthophonique ; mais d'une part, au vu du peu de professionnels formés, nous avons dû interroger différents corps de métier, ce qui permet certes d'élargir nos connaissances, mais, nous ne pouvons pas tout transposer à l'orthophonie. Et d'autre part, il est compliqué de cerner uniquement l'impact de l'application des principes ou activités Montessori, puisque d'autres éléments thérapeutiques, environnementaux (etc.) peuvent avoir un impact sur les patients. De plus, avant ou conjointement à l'utilisation de Montessori, d'autres thérapies, bénéfiques elles aussi, étaient/sont proposées (comme par exemple la remédiation cognitive, la thérapie écosystémique...).

3 Perspectives

De nombreux orthophonistes interrogés dans le questionnaire initial (150 soit 88%) ont affirmé être demandeurs d'informations concernant l'approche Montessori adaptée pour des personnes souffrant de TNCM et son application possible en orthophonie. Nous allons donc créer une brochure d'information à leur destination. Lors d'un futur travail de recherche, un objectif pourrait être que cette brochure soit étoffée, puis de remesurer, après sa distribution, les connaissances des orthophonistes français et leur utilisation de l'approche Montessori adaptée.

CONCLUSION

L'objectif de notre étude était de faire, dans un premier temps, un état des lieux des connaissances actuelles des orthophonistes français sur l'approche Montessori, puis de cerner quels pourraient être les bénéfices de l'utilisation de cette méthode lors des prises en soin des TNCM. Nous avons constaté qu'une part non négligeable des orthophonistes français ont de bonnes connaissances sur Montessori, qu'ils mettent en application dans leurs prises en soin (principalement auprès d'enfants et d'adolescents souffrant de troubles du langage oral, langage écrit ou de la cognition mathématique). En revanche, peu d'orthophonistes connaissent l'existence de l'adaptation de l'approche Montessori pour des patients souffrant de TNCM et encore moins l'utilisent, tout du moins consciemment. Nous nous sommes en effet rendu compte que la totalité des orthophonistes interrogés applique, sans le savoir, des principes Montessori dans leurs prises en soin de patients souffrant de maladies neurodégénératives.

L'approche Montessori adaptée aux personnes TNCM, bien que non spécifiquement dédiée aux orthophonistes, est tout à fait cohérente avec l'objectif de maintenir et/ou d'adapter les fonctions de communication, du langage et des troubles cognitivo-linguistiques. L'intégralité des professionnels interrogés ayant appliqué les principes instaurés par Cameron Camp, a pu voir une évolution positive dans le comportement de leurs patients, ces derniers développant notamment plus de lien social et une meilleure communication. Au travers d'activités variées, il convient simplement de redonner de l'importance au patient, de le rendre acteur, non seulement de sa prise en soin, mais aussi de sa vie. Les principes sont aisés à mettre en place et font en réalité appel au bon sens de l'orthophoniste. Cette approche est donc bénéfique, non seulement au patient mais également à l'orthophoniste, puisque le patient gagne en autonomie, il se sent revalorisé, ce qui est gratifiant pour l'orthophoniste. De plus, précisons qu'utiliser l'approche Montessori ne signifie pas tirer un trait sur les autres thérapies, au contraire, c'est la combinaison de ces approches qui fera la force de la prise en soin. Certes, cette approche présente des limites, mais, selon les sondés, les bénéfices l'emportent nettement.

Montessori adapté à la personne souffrant de TNCM est donc une approche relativement récente et encore peu connue en France ; les données de la littérature à ce sujet sont encore rares ; mais les avis des professionnels, eux, sont unanimes. Alors pourquoi ne pas se laisser porter par cette approche humaine et bienveillante et découvrir ainsi les capacités préservées parfois insoupçonnées des patients ?

BIBLIOGRAPHIE

- AG&D. (2021a). *Présentation AG&D*. Montessori Lifestyle - Plus d'autonomie, plus de vie.
<https://www.ag-d.fr/presentation-agd/>
- AG&D. (2021b). *Présentation AG&D - Cameron Camp*. Montessori Lifestyle - Plus d'autonomie, plus de vie. <https://www.ag-d.fr/presentation-agd/cameron-camp/>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 diagnostic and statistical manual of mental disorders- 5th edition.*
- American Psychiatric Association. (2017). Award for Distinguished Professional Contributions to Applied Research : Camron J. Camp. *American Psychologist*, 72(9), 978-980.
- Amieva, H., Belliard, S., & Salmon, E. (2014). *Les démences : Aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques* (De boeck).
- Amieva, H., & Dartigues, J.-F. (2007). Les thérapies non médicamenteuses dans la Maladie d'Alzheimer : Intérêts et limites. In *Démences—Orthophonie et autres interventions* (Ortho Edition, p. 125-132).
- Association France Alzheimer. (2021). *Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées*. francealzheimer.org.
- Association France Parkinson. (2021). *France Parkinson*. franceparkinson.fr.
- Camp, C. J. (2010). Origins of Montessori Programming for Dementia. *Nonpharmacol Ther Dement*, 1, 163-174.
- Camp, C. J., & Lee, M. M. (2011). Montessori-Based Activities as a Transgenerational Interface for Persons With Dementia and Preschool Children. *Journal of Intergenerational Relationships*, 9(4), 366-373.
- Camp, C. J., & Malone, Megan. L. (2007). Montessori-Based Dementia Programming : Providing tools for engagement. *Dementia*, 6, 150-157.

Clare, L., Wilson, B. A., Carter, G., Breen, K., Hodges, J. R., & Gosses, A. (2000). Intervening with Everyday Memory Problems in Dementia of Alzheimer Type: An Errorless Learning Approach. *Journal of clinical and Experimental Neuropsychology*, 22(1), 132-146.

Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive Training and Cognitive Rehabilitation for People with Early-stage Alzheimer Disease: A Review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385-401.

Colin, T., & Colin-Jacquet, P. (2015). *Application en EHPAD des principes de la méthode Montessori pour améliorer la prise en charge des résidents atteints de troubles cognitifs* [Mémoire DIU]. <http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/annee-2015-2016/03%20-%20Memoire.pdf>

Crisp, J. (2000). *Keeping in touch with someone who has Alzheimer's* (Ausmed Publication).

Croisile, B. (2015). *Accompagner la maladie d'Alzheimer et les autres troubles apparentés*. Larousse.

Crône, P., Gineste, Y., Marescotti, R., & De Vivie, A. (2021). *Animer en humanitude : L'animation dans les établissement d'accueil des personnes fragilisées*. (2e édition). Elsevier Masson.

Dubois, B., & Michon, A. (2015). *Démences* (doin).

Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., & et al. (2007). Clinical Diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord*, 1689-1707.

Erkes, J. (2021). *E-learning Montessori Lifestyle*. <https://www.ag-d.fr/wp-content/uploads/2020/12/Programme-de%CC%81taille%CC%81-e-learning.pdf>

Erkes, J., Lhernault, C., & Dusautois, M. (2019). *Alzheimer autrement : 100 activités pour plus de vie. La méthode Montessori au service des personnes âgées*. (Esf sciences humaines).

Etxeberria, I., Yanguas, J., Buiza, C., Zulaica, A., Galdona, N., & Gonzalez, M. (2006). Montessori-Based intervention study of patients with severe cognitive impairment and their caregivers. *The Gerontologist*, 46(1).

FNO. (2021). *L'orthophonie*. Fédération Nationale des Orthophonistes.

<https://www.fno.fr/lorthophonie/>

Gineste, Y., & Pellissier, J. (2019). *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Dunod.

Gorno Tempini, M. L., Hillis, A. E., & Weintraub, S. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76, 1006-1014.

Haddad, S. (2021). *Education Montessori—Le guide complet de la théorie à la pratique* (Psycho).

HAS. (2018a). *Communiquer malgré les troubles de la mémoire ou du langage* (Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée N° 14).

HAS. (2018b). *Préserver une autonomie fonctionnelle, prise en charge non médicamenteuse* (Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée N° 12).

HAS. (2018c). *Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'alzheimer ou à une maladie apparentée. Fiche 12 : Préserver une autonomie fonctionnelle, prise en charge non médicamenteuse.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201805/fiche_12_tnm_preserver_autonomie_cognitivo-fonctionnelle.pdf

Hugo, J., & Ganguli, M. (2014). Dementia and Cognitive Impairment: Epidemiology, Diagnosis and Treatment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30, 421-442.

- Hugonot-Diener, L., Piccoli, M., & Rougeul, S. (2020). *Ateliers thérapeutiques dans la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés* (deBoeck).
- Judge, C. S., Camp, C. J., & Orsulic-Jeras, S. (2000b). Use of Montessori-based activities for clients with dementia in adult day care : Effects on engagement. *American Journal of Alzheimer's Disease, 15*(1).
- Khosravi, M. (2011). *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés-Guide pratique* (doin).
- Lin, L.-C., Yang, M.-H., Kao, C.-C., Wu, S.-C., Tang, S.-H., & Lin, J.-G. (2009). Using Acupressure and Montessori-based activities to decrease agitation for residents with dementia : A cross over trial. *J Am Geriatr Soc, 57*(6), 1022-1029.
- Logre, M. (2019). *La méthode Montessori adaptée aux patients atteints de démence de type Alzheimer, Revue de la littérature* [Mémoire de fin d'études]. <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f1ee4d6e-5a46-40fc-9c2f-714049a918be>
- Luquel, L. (2008). La méthodologie de soin gineste-marescotti® dite « humanitude » expériences de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer. *Gérontologie et société, 31 / 126*(3), 165-177.
- Mc Kahn, G. N., Knopman, D. S., Chertkow, H., & Hyman, B. T. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease : Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimers Dement, 7*, 263-269.
- Mery, C. (2020). *Elaboration d'un protocole de rééducation de la morphosyntaxe—Utilisation d'un matériel issu des travaux du Docteur Montessori à destination d'enfants présentant un trouble développemental du langage.*
- Mesulam, M. M. (2001). Primary progressive aphasia. *Annals of neurology, 49*, 425-432.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to

complex « frontal lobe » tasks : A latent variable analysis. *Cognitive psychology*, 41, 49-100.

Munsch-Roux, K., & Munsch, F. (2008). La méthode de validationTMde Naomi Feil : Une pratique thérapeutique innovante en gérontologie ? *Gérontologie et société*, 31(126), 189-204.

Neary, D., Snowden, J., & Gustafson, L. (1998). Frontotemporal lobar degeneration : A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51, 1546-1554.

Nougarolles, C. (2021). *L'approche Montessori en orthophonie*. Deboeck.

Orsulic-Jeras, S., Judge, K. S., & Camp, C. J. (2000a). Montessori-Based Activities for Long-Term Care Residents With Advanced Dementia : Effects on Engagement and Affect. *The Gerontologist*, 40(1), 107-111.

Poirier, J., & Gauthier, S. (2011). *La maladie d'Alzheimer, le guide* (Les Editions du Trécarré).

Rascovsky, K., Hodges, J. R., & Knopman, D. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134, 2456-2477.

Rose, M., Camp, C., Skrajner, M., & Gorzelle, G. (2003). Enhancing the quality of nursing home visits with Montessori-based activities. *Activities Director's Quarterly*, 3, 4-10.

Rousseau, T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer* (L'Ortho édition).

Rousseau, T. (2013). *Communiquer avec un proche Alzheimer : Comprendre, déculpabiliser et maintenir un lien*. Eyrolles.

Rousseau, T. (2018a). Les thérapies dans la maladie d'Alzheimer. In *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication* (2e édition). Elsevier Masson.

Rousseau, T. (2018b). Les thérapies du langage et de la communication. In *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication* (2e édition). Elsevier Masson.

- Rousseau, T., & Gatignol, P. (2016). La maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés. In *Intervention dans les troubles neurologiques liés au handicap, soins palliatifs* (Vol. 5). Lavoisier.
- Sabadell, V., Tcherniack, V., Michalon, S., Kristensen, N., & Renard, A. (2018). *Pathologies neurologiques, Bilans et interventions orthophoniques* (de Boeck).
- Sachdev, P. S., & al. (2014). Classifying neurocognitive disorders : The DSM-5 approach. *Nature Reviews Neurology, 10*, 634-642. <https://doi.org/doi:10.1038/nrneurol.2014.181>
- Schneider, N., & Camp, C. (2002). Use of Montessori-based activities by visitors of nursing home residents with dementia. *Clinical Gerontologist, 26*, 71-84.
- Siquiera, G. S. A., Hagemann, P. M. S., Coelho, D. S., Santos, F. H. D., & Bertolucci, P. H. F. (2019). Can MoCA ans MMSE be interchangeable Cognitive Screening Tools ? A systematic Review. *Gerontologist*.
- Sommer, P. (2020). *La médiation animale, c'est quoi ?* Fondation A et P Sommer. <https://fondation-apsommer.org/la-mediation-animale-cest-quoi/>
- Tolentino, M. (2019). *Impact d'une intervention avec un matériel manipulable Montessori sur les compétences en numération arabe : Étude de cas unique.*
- Vance, D., & Porter, R. (2000). Montessori methods yield cognitive gains in Alzheimer's day cares. *Activities, Adaptation and Aging, 24*, 1-22.
- Vionnet, M. (2018). *Elaboration d'un protocole de manipulation de symboles de grammaire dans le cadre de troubles du langage écrit.*
- Willefert, V. (2015). *Adaptation et utilisation du matériel de grammaire Montessori en rééducation orthophonique.*
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrel, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev 2.*

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire informatisé diffusé aux orthophonistes pour réaliser l'état des lieux.



Etats des lieux de l'utilisation des principes Montessori par les orthophonistes français

Ce questionnaire est constitué de 3 grandes parties. En fonction de vos réponses, vous n'aurez pas forcément à compléter toutes les questions, vous serez redirigé automatiquement. Le temps de remplissage du questionnaire est estimé à environ 10 minutes.

Toutes les données sont anonymes et confidentielles et ne seront utilisées que dans le cadre de mon mémoire.

Partie 1 : Données administratives

Cette section vise à dresser le profil des orthophonistes participant à notre étude.

Genre *

Féminin
 Masculin
 Autre

Âge *

Votre réponse

Année d'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste *

Votre réponse

Dans quelle région exercez-vous ? *

Sélectionner ▾

Quel est votre type d'exercice ? *

- Libéral
- Salariat
- Mixte

Partie 2 : L'approche Montessori

Cette section s'intéresse à vos connaissances et votre avis personnel concernant la méthode Montessori.

Avez-vous déjà entendu parler de "Montessori" ? *

- OUI
- NON

Quel est le premier mot qui vous vient à l'esprit lorsque l'on évoque Montessori * ?

Votre réponse

Sauriez-vous définir ce qu'est la méthode ou l'approche Montessori ? *

0 1 2 3 4 5

0 = Pas du tout



5 = Précisément

Voulez-vous bien décrire en quelques mots ce qu'est pour vous la méthode/l'approche Montessori ?

Ne répondez pas à cette question si vous avez répondu 0 à la question précédente

Votre réponse

Avec vos connaissances actuelles, cette méthode vous paraît-elle pertinente * pour les prises en soin orthophoniques ?

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

Quelle(s) dénomination(s) vous semble la ou les plus adéquate(s) lorsque l'on parle de Montessori associé à l'orthophonie ? *

- Adaptation
- Approche
- Méthode
- Pédagogie
- Principes
- Sans avis
- Autre : _____

L'approche Montessori

Cette partie s'intéresse à votre pratique orthophonique.

Considérez-vous utiliser la méthode Montessori ou des principes Montessori dans votre exercice orthophonique ? *

- OUI
- NON
- JE NE SAIS PAS

Avec quels patients et pour quel(s) type(s) de prises en soin utilisez-vous les principes Montessori ? *

- Enfants
- Adolescents
- Adultes
- Rééducation des troubles de la communication
- Rééducation du langage oral
- Rééducation du langage écrit
- Rééducation de la cognition mathématique
- Rééducation des troubles cognitivo-linguistiques acquis suite à un AVC, une tumeur ou traumatisme crânien
- Rééducation des troubles cognitivo-linguistiques chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives
- Autre : _____

Lors de quel(s) type(s) d'activité(s) utilisez-vous les principes Montessori ?

Votre réponse

Quel type de matériel utilisez-vous ? *

- Matériel à base d'objets du quotidien
 - Matériel / jeux du grand commerce, adapté par vos soins
 - Matériel / jeux spécifiquement destiné aux orthophonistes (et éventuellement adapté)
 - Matériel estampillé Montessori (exemples : lettres rugueuses, blocs cylindriques, barres numériques...)
 - Autre : _____
-

Vous êtes-vous formé à l'approche Montessori ou informé sur celle-ci ? *

- OUI
- NON

Par quel biais ? *

- Lecture de livres grand public
 - Lecture d'articles scientifiques
 - Lecture de livres spécifiquement dédié à l'approche Montessori en orthophonie
 - Formation
 - Autre : _____
-

Avez-vous fait une formation spécifiquement destinée aux orthophonistes ? *

- OUI
- NON

Si vous avez fait une ou plusieurs formation(s), voulez-vous bien indiquer l'intitulé et le lieu de celle(s)-ci ainsi que les formateurs (nom et/ou profession)

Votre réponse

Cochez les éléments qui sont en adéquation avec votre pratique orthophonique

*

- Je prête attention à la motivation du patient
- Je prête attention à l'intérêt que porte le patient à l'activité proposée
- Je laisse le patient s'installer où il le souhaite dans la pièce : bureau, petite table, pouf, tapis...
- Je laisse le patient totalement libre de choisir son activité
- Je laisse le patient choisir entre deux ou trois activités que je lui propose
- Je limite l'aide apportée au patient, je lui laisse du temps avant d'intervenir et de proposer un étayage ou indiquer
- Je propose au patient de répéter plusieurs fois la même activité
- Je laisse le patient répéter une même activité autant de fois qu'il le souhaite
- Je laisse le patient s'auto-évaluer, je ne le corrige pas directement
- Je propose toujours des activités où le patient va pouvoir manipuler
- AUCUN

Partie 3 : Prise en soin des patients souffrant de Troubles Neurocognitifs Majeurs (TNCM)

Dans cette section nous nous intéresserons uniquement aux patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs (anciennement nommés "démences", il peut donc s'agir de patients souffrant de maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie à corps de Lewy, dégénérescences lobaires fronto-temporales, démences vasculaires...)

Accueillez-vous ou avez-vous déjà pris en soin des patients souffrant de TNCM *

?

OUI

NON

Quel type de prise en soin pratiquez-vous pour les patients TNCM ? *

- Individuelle
- En groupe

Où ont lieu vos prises en soin de patients TNCM ? *

- Au cabinet
- Au domicile du patient
- En établissement de soin (type EHPAD, hôpital)
- Autre : _____

Sur quelle(s) thérapie(s) vous appuyez-vous pour établir votre prise en soin de * ces patients ?

- Thérapie de Validation
- Thérapie de remédiation cognitive
- Thérapie de réminiscence
- Thérapie écosystémique
- Thérapie comportementale
- Thérapie sensorielle
- Thérapie Montessori
- Autre : _____

Utilisez-vous certains de ces principes dans vos rééducations de patients * TNCM ?

Cochez la ou les cases correspondant à votre pratique.

- Je parle lentement
- Je fais des phrases courtes
- J'adapte ma vitesse au patient
- Je pose le cadre et explique l'activité
- Je laisse le choix au patient dès que cela est possible
- Je m'appuie sur les capacités préservées du patient
- Je donne du matériel au patient pour qu'il manipule
- Je divise l'activité en sous-étapes
- J'utilise des indices visuels
- AUCUN

Avez-vous déjà entendu parler de l'approche Montessori adaptée pour des personnes souffrant de TNCM ? *

- OUI
- NON

Considérez-vous utiliser l'approche Montessori dans vos rééducations orthophoniques pour des personnes souffrant de TNCM ? *

- OUI
- NON

Quel intérêt voyez-vous dans l'utilisation de l'approche Montessori pour votre patient TNCM ?

Votre réponse

Voulez-vous bien décrire en quelques mots ce que vous mettez en place en lien avec l'approche Montessori pour des personnes souffrant de TNCM ?

Votre réponse

Trouveriez-vous intéressant d'avoir plus d'informations sur l'adaptation des principes Montessori en orthophonie pour des personnes souffrant de TNCM et sur l'intérêt de cette approche ? *

- OUI
- NON

Si vous le souhaitez, vous pouvez me laisser votre adresse mail afin de recevoir ultérieurement des informations complémentaires sur l'approche Montessori auprès de patients souffrant de TNCM.

Votre réponse

Annexe 2 : Trame des entretiens pour les professionnels utilisant l'approche Montessori adaptée aux personnes souffrant de TNCM.

1. Est-ce que vous voulez bien vous présenter rapidement ?

→ Quel est votre métier ? Où exercez-vous actuellement ? Depuis combien de temps exercez-vous votre métier ? Depuis quand avez-vous intégré des principes Montessori ou des activités inspirées de Montessori dans votre exercice ?

2. Comment avez-vous connu la méthode Montessori adaptée à la personne âgée, qu'est-ce qui vous a fait vous y intéresser ?

3. Vous êtes-vous formés à cette méthode ?

OUI / NON

Si OUI → Type/nom de la ou les formation(s) ? Longue/courte ? Formation ayant rapidement évoqué Montessori ou focus complet sur cette approche ?

4. Pourriez-vous me dire ce que vous trouvez important dans la méthode Montessori et que vous appliquez dans votre exercice ? / Quels principes Montessori vous semblent primordiaux lorsque l'on s'adresse à des personnes souffrant de troubles neurocognitifs ?

5. Comment / A quel point considérez-vous utiliser l'approche Montessori dans votre travail ?

→ Rarement ? De temps en temps ? Fréquemment ? Très fréquemment ?
Quotidiennement ?

→ Avec quels patients ? Tous / certains ? Quels sont leurs profils ?

6. Est-ce que vous pourriez me décrire quelques exemples d'activités inspirées de l'approche Montessori que vous avez pu proposer dans le cadre de votre métier aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs ?

- But de l'activité
- Déroulé de l'activité
- Durée de l'activité
- Réaction du ou des participants
- Les participants étaient-ils amenés à parler/communiquer durant l'activité ?

7. Est-ce que vous utilisez du matériel ou des outils spécifiques Montessori ? / Quel(s) type(s) d'outils utilisez-vous lors des activités Montessori ?

- Matériel acheté / créé ?

8. Avez-vous pu observer des changements, des conséquences sur vos patients suite à l'utilisation de cette approche?

- Au niveau comportemental ?
- Au niveau de la communication et/ou du langage ?
- Au niveau du lien avec autrui ? Social / Familial ?
- Autres ?

9. Si vous deviez faire une sorte de bilan sur l'utilisation de cette approche que diriez-vous ?

- Quels en sont selon vous les bénéfices / points positifs ?
- Quels en sont selon vous les limites / points négatifs ?

10. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter quant à l'utilisation de cette méthode dans votre pratique ?

Annexe 3 : Grilles d'observation des principes Montessori lors d'ateliers menés en Ehpad.

Séance du :

Thème de l'atelier :

Groupe :

LANGAGE	✓	A améliorer	Fréquence	Commentaires
Parler lentement				
Faire des phrases courtes				
Est-ce que vous VOULEZ BIEN ? (Et non est-ce que vous pouvez ?)				
Principes Montessori	✓	A améliorer	Fréquence	Commentaires
Saluer, se présenter, montrer son badge nominatif				
Se mettre à hauteur de la personne				
Demander un peu de leur temps, demander s'ils veulent bien participer				
Présentations, Distribution des rôles sociaux				
Poser le cadre, énoncer le thème, expliquer l'activité				

Principes Montessori suite	✓	A améliorer	Fréquence	Commentaires
Offrir du choix dès que possible				
Donner à la personne quelque chose à manipuler				
Parler moins, montrer plus				
Adapter sa vitesse à la personne, RALENTIR				
Utiliser des modèles, des indices visuels				
Utiliser le pointage pour aider				
Aller du plus simple au plus complexe				
Diviser l'activité en sous-étapes				
Proposer une étape à la fois				
Demander de l'aide pour ranger les objets à la fin				
Remercier pour l'aide apportée				
A la fin, demander : Avez-vous aimé ? Voudriez-vous le refaire une autre fois ?				

Annexe 4 : Questionnaire proposé aux deux orthophonistes réalisant les ateliers inspirés de Montessori en Ehpad.

- 1. Depuis combien de temps avez-vous intégré les principes Montessori aux ateliers que vous proposez en Ehpad ?**
- 2. Ces principes vous ont-ils paru compliqués à assimiler et à mettre en application ?**
- 3. Modifier concrètement vos ateliers pour les transposer aux principes Montessori vous a-t-il demandé beaucoup de temps ? Cela vous a-t-il paru difficile ?**
- 4. Quel(s) changement(s) au sein de vos ateliers vous a/ont le plus marqué et pourquoi ?**
- 5. Avez-vous discuté avec le personnel de l'Ehpad de l'approche Montessori ? Vous ont-ils paru intéressés ? Essayent-ils également de mettre en place ces principes ?**
- 6. Avez-vous essayé de transférer certains principes ou outils Montessori aux prises en soins individuelles ? Lesquels ? Cela a-t-il fonctionné ?**
- 7. Avez-vous pu observer des changements, des impacts sur vos patients suite à l'utilisation de cette approche ? Lesquels ?**
 - Au niveau comportemental ?
 - Au niveau de la communication ?
 - Au niveau du langage ?
 - Au niveau du lien avec autrui ?
 - Au niveau des capacités cognitives ?
 - Autres ?
- 8. Si vous deviez faire une sorte de bilan sur l'utilisation de cette approche que diriez-vous ?**
 - Quels en sont selon vous les bénéfices / points positifs ?
 - Quels en sont selon vous les limites / points négatifs ?
- 9. Trouvez-vous cette approche pertinente en tant qu'orthophoniste ? Pourquoi / Qu'est-ce que cette approche apporte en plus à votre pratique ?**
- 10. Avez-vous d'autres remarques concernant votre mise en application de l'adaptation des principes Montessori ?**

Annexe 5 : Brochure d'information à destination des orthophonistes



L'APPROCHE MONTESSORI ADAPTÉE POUR DES PATIENTS SOUFFRANT DE TNCM



BROCHURE D'INFORMATION
À DESTINATION DES ORTHOPHONISTES

TRAVAIL RÉALISÉ DANS LE CADRE
D'UN MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES
EN ORTHOPHONIE

Par Laureline CATARINA

INTRODUCTION

Cette brochure d'information a pour objectif de présenter succinctement l'approche Montessori adaptée pour des patients souffrant de TNCM. Elle est, dans un premier temps, destinée aux orthophonistes qui ont fait part de leur intérêt pour cette approche dans les questionnaires diffusés dans le cadre de mon mémoire et, dans un second temps, à tous les orthophonistes intéressés par cette démarche.

Ces quelques pages ne sont pas exhaustives mais visent à poser le cadre théorique de l'approche Montessori et à présenter quelques idées d'adaptations concrètes pouvant être proposées lors des prises en soin orthophoniques individuelles et/ou de groupe.

Toutes les informations présentées dans cette brochure sont plus amplement développées dans mon mémoire intitulé "Intérêt de l'utilisation de principes et outils Montessori dans une intervention orthophonique auprès de patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs : état des lieux et perspectives".

Je me tiens à votre disposition si vous avez des questions ou si vous souhaitez échanger à propos de ce travail et/ou de l'approche Montessori adaptée aux patients avec TNCM.

Bonne lecture !

SOMMAIRE

Rappels théoriques.....	3-4
Utilisation de l'approche Montessori en orthophonie.....	5
Concrètement, que faire ?.....	6-8
Témoignages de professionnels utilisant cette approche dans leur exercice.....	9
Quelques pistes pour en apprendre davantage.....	10

RAPPELS THÉORIQUES

Qu'est-ce qu'un "TNCM" ?

TNCM est l'abréviation de "Trouble Neurocognitif Majeur". Anciennement connu sous le terme "démence", un TNCM correspond à une "**réduction** acquise, **significative** et évolutive **des capacités** dans un ou plusieurs **domaines cognitifs**, suffisamment importante pour que la personne ne soit plus capable d'effectuer seules les activités de la vie quotidienne".

(American Psychiatric Association, 2013)

Existe-t-il différents degrés de sévérité ?

Quelles maladies peuvent entraîner des TNCM ?

Les causes des TNCM peuvent être nombreuses. L'étiologie la plus fréquente est la maladie **d'Alzheimer**. Le TNCM peut également être dû à une maladie de **Parkinson**, une maladie à **corps de Lewy**, une **dégénérescence fronto-temporale** ou encore à une **démence vasculaire**. Pour pouvoir poser un diagnostic, il est primordial de considérer toutes les étiologies possibles et de les exclure au fur et à mesure afin d'obtenir la cause la plus probable. Par ailleurs, un trouble neurocognitif peut co-exister avec un autre trouble, ce qui peut rendre le diagnostic plus complexe.

Les atteintes cognitives varient en fonction des étiologies mais également de l'évolution du TNCM dans le temps. Les patients peuvent présenter des **troubles de la mémoire**, du **langage** et des **fonctions exécutives**. Ils présentent également fréquemment des troubles de **l'attention**, des difficultés **praxiques** et/ou **gnosiques** ainsi que des difficultés d'**orientation spatio-temporelle**.

Quels troubles cognitifs présentent les patients souffrant de TNCM ?

Quelles prises en soin sont proposées par les orthophonistes ?

Dans les prises en soin des personnes souffrant de TNCM, l'orthophonie a pour but la "rééducation et/ou **maintien et /ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales** chez les patients atteints de pathologies neurodégénératives", correspondant à un AMO 15.6. L'orthophoniste est libre de s'appuyer sur diverses thérapies telles la remédiation cognitive, la thérapie écosystémique, la thérapie de réminiscence, l'Humanitude, La Validation..., et les prises en soin peuvent être individuelles et/ou de groupe.

RAPPELS THÉORIQUES

Quelle est l'origine de Montessori ?

Maria Montessori (1870-1952), l'une des premières femmes médecins en Italie, a dédié sa carrière à l'étude et à l'**accompagnement de l'enfant**. Suite à ses nombreux travaux de recherche, elle a créé une pédagogie qui porte son nom.

Dans la pédagogie Montessori, chaque enfant est reconnu comme une personne à part entière, un être capable et qui souhaite évoluer. L'important, selon Maria Montessori, est de **se focaliser sur les potentialités de l'enfant** et de lui proposer des activités basées sur celles-ci. Cette **pédagogie** est dite "**active**", l'enfant est en mouvement et **manipule**. Il apprend de façon naturelle en réalisant diverses actions de façon répétitive. L'adulte l'accompagne mais ne doit en aucun cas faire à sa place. Il est primordial de **laisser l'enfant expérimenter** puisque toute aide superflue serait une entrave au développement.

(Nougarolles, 2021)

Quels sont les principes de la pédagogie Montessori ?

Qui a adapté cette approche aux personnes souffrant de TNCM ?

Cameron Camp, psychologue américain, s'est intéressé tout au long de sa carrière aux interventions destinées aux personnes souffrant de troubles cognitifs. Dans les années 1990, il découvre la pédagogie Montessori et établit des liens entre cette méthode et l'accompagnement des personnes âgées. Il y voit l'opportunité de leur proposer "**des activités porteuses de sens de manière autonome et positive**". Au fil de sa carrière, il s'est donc attelé à comprendre, intégrer, développer et adapter les concepts montessoriens afin d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de TNCM. Il a d'ailleurs créé un programme à cet effet "Montessori Based Dementia Programming".

(Erkes et al., 2019)

Plusieurs objectifs sont développés conjointement dans cette approche : **redonner** à la personne **un sentiment de contrôle** sur sa vie, **favoriser l'engagement** dans l'activité, **redonner une place** et **un rôle social** au sein d'une communauté et ainsi **induire une meilleure communication** avec l'entourage. Pour cela, il s'agit de mettre en avant les capacités de chaque personne, de percevoir son potentiel et de permettre à chacune de les exploiter de façon autonome.

Quels sont les objectifs de l'approche Montessori adaptée ?

Comment se former à cette approche ?

En France, l'organisme de formation le plus connu est **AG&D "Montessori Lifestyle"**. Leur objectif premier est de promouvoir cette méthode et de former idéalement l'intégralité du personnel de certains établissements accueillant des personnes âgées souffrant de TNC, afin que cette approche puisse être appliquée dans l'établissement au quotidien. Des formations en ligne sont également disponibles.

(AG&D, 2021)

UTILISATION DE CETTE APPROCHE EN ORTHOPHONIE

L'approche Montessori adaptée aux personnes souffrant de TNCM, bien que non spécifiquement dédiée aux orthophonistes, est tout à fait cohérente avec l'objectif de maintenir et/ou d'adapter les fonctions de communication, du langage et des troubles cognitivo-linguistiques.

Montessori adaptée à la personne souffrant de TNCM est une approche relativement récente et encore peu connue en France. Les données de la littérature à ce sujet sont encore rares mais les avis des professionnels, eux, sont unanimes.

Les professionnels utilisant cette approche ont bien souvent pu observer des **changements positifs chez leurs patients** :

- Au niveau du **comportement**, Montessori permet de favoriser **l'apaisement** et de **réduire les comportements défis** (déambulation, cris, agitation, ...). Les personnes se sentent utiles et valorisées, ce qui a un impact positif sur les comportements agressifs ainsi que sur la dépression.
 - Le **lien social** est lui aussi favorisé par les activités Montessori : les patients ont souvent plus confiance en eux, sont moins en retrait et osent aller vers les autres pour discuter.
 - Le patient est **plus engagé dans la communication**. Un **meilleur échange patient-soignant** est constaté. De plus, certains patients entrent en discussion avec d'autres, ce qu'ils ne faisaient pas auparavant. Les patients se confient également davantage.

Par ailleurs, certains professionnels soulignent que les patients semblent simplement plus heureux et qu'ils affichent des **sourires** beaucoup **plus régulièrement**.

Toutefois, il est impossible d'affirmer à ce jour l'intérêt de cette approche pour améliorer les fonctions cognitives. Il semble ainsi pertinent d'utiliser cette approche conjointement à d'autres thérapies dont les bénéfices au niveau des fonctions cognitives ont été prouvés.

- Cette **approche** est avant tout **humanisante** et permet le respect de la personne. L'orthophoniste adopte une posture **bienveillante**, tout en proposant des **activités adaptées à chaque patient** (notamment selon le stade de sévérité de son trouble neurocognitif) et dans lesquelles **on sollicite avant tout les capacités préservées** du patient.

CONCRÈTEMENT, QUE FAIRE ? APPLIQUER LES PRINCIPES

Utiliser l'approche Montessori adaptée à la personne souffrant de TNCM en orthophonie, c'est avant tout appliquer les principes clés de cette méthode, établis par Cameron Camp.

Voici ces 12 principes :

Donner un but et un sens à l'activité, capter l'intérêt de la personne

Se concentrer sur les capacités préservées de la personne

Inviter, proposer, mais ne jamais imposer

Offrir du choix dès que cela est possible

Donner à la personne quelque chose à tenir et à manipuler

Utiliser des indices visuels

S'adapter au rythme de la personne

Parler moins, montrer plus

Diviser l'activité en sous-étapes et proposer une étape à la fois

Aller du plus simple au plus complexe

Favoriser l'engagement

Clôturer l'interaction : remercier puis demander : avez-vous aimé ? Voudrez-vous recommencer ?

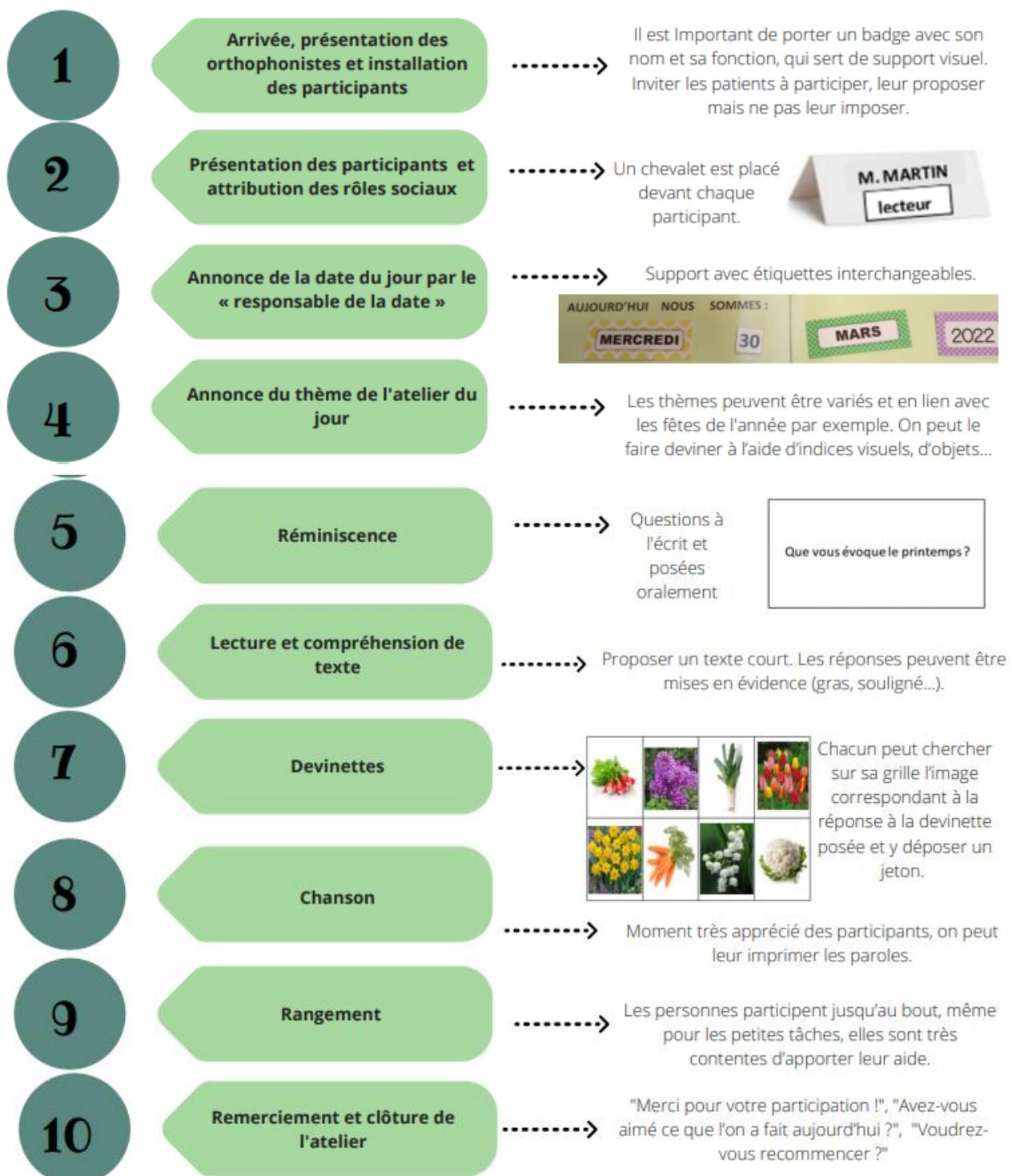
CONCRÈTEMENT, QUE FAIRE ? EXEMPLES D'OUTILS MONTESSORI

L'approche Montessori adaptée pour des patients souffrant de TNCM passe également par l'utilisation d'outils ou supports visuels qui peuvent facilement être créés par l'orthophoniste lui-même. Voici divers exemples concrets :

Exemples d'axes thérapeutiques de la prise en soin orthophonique	Outils inspirés des principes Montessori qui peuvent être utilisés
En déglutition, apprentissage des postures de sécurité	Création d'une fiche avec photos de la personne prises pendant qu'elle réalise les postures. Ce support servira d'aide-mémoire visuel.
En dysphagie, établir une liste des aliments autorisés ou non pour la prise alimentaire	Création d'un support avec des photos (et éventuellement des pictogrammes) pour bien montrer visuellement ce qu'il est possible de manger sans danger ou non (l'image est alors barrée). Cette fiche doit être bien visible en chambre afin que tous puissent la voir facilement (patient, soignants et aidants).
Au niveau langagier, améliorer l'accès lexical, réduire le manque du mot	Il est possible de travailler avec des cartes de nomenclature (image + mot) et/ou de proposer une leçon en 3 temps (introduction : le professionnel dénomme, expérience : le patient désigne, rappel verbal : le patient dénomme).
Au niveau langagier, améliorer la compréhension des consignes	Proposer les consignes en multipliant les modalités : par exemple visuelle et auditive (on peut présenter la consigne à l'écrit dans une taille de police agréable, en même temps qu'on la lit).
Concernant le langage écrit, préserver la lecture le plus longtemps possible.	Lecture de livres Montessori, avec police très grande et adaptée, des illustrations ponctuent la lecture. Possibilité de faire passer au préalable un "test de lecture Montessori" pour voir si la personne est encore capable de lire et quelle taille de police est nécessaire pour que la lecture soit confortable.
Stimuler la mémoire et le système sémantique	Activités de catégorisation : le patient doit, par exemple, répartir des images ou étiquettes-mots de fleurs (rose, tulipe...) et de fruits (pomme, raisin...) dans la bonne catégorie lexicale (à présenter de façon visuelle claire et aérée, par exemple 2 fiches distinctes, une par catégorie). On peut proposer une aide visuelle supplémentaire, par exemple en associant une gommette rouge aux fleurs et une jaune aux fruits (gommette que l'orthophoniste colle à côté du titre sur chaque fiche mais aussi à l'arrière de chaque image ou mot). La présence de ces gommettes de couleur pourra également permettre au patient de s'auto-corriger.
Mise en place d'aides externes pour maintenir l'autonomie et l'orientation temporo-visuo-spatiale.	Mise à disposition de supports visuels pour le patient, par exemple fiche reprenant les différentes étapes/actions à réaliser. Utilisation possible de l'ardoise Velleda pour laisser une phrase mémo sur l'activité, les objectifs à réaliser ou encore sur le lieu où le patient se trouve.

CONCRÈTEMENT, QUE FAIRE ? EXEMPLE D'UN ATELIER DE GROUPE

L'approche Montessori adaptée pour des patients souffrant de TNCM semble particulièrement propice aux prises en soin de groupe. Voici un exemple concret d'atelier, avec des activités et des outils reprenant les principes Montessori mis en avant par Cameron Camp.



TÉMOIGNAGES DE PROFESSIONNELS UTILISANT CETTE APPROCHE DANS LEUR EXERCICE

"Les principes Montessori permettent de se montrer plus à l'écoute, de trouver des idées pour chaque situation, de toujours réfléchir dans le sens d'un mieux-être de la personne."

Mme S. Psychologue



"Montessori rend un rôle aux personnes, donne des objectifs à des gens qui n'en avaient plus."

Mme G. logopède

"Montessori permet de pouvoir communiquer et partager des moments conviviaux et agréables avec les personnes accompagnées, et de les sentir en confiance."

Mme B. animatrice en gérontologie

"Cette approche est pleine de bon sens et renforce certains principes déjà préconisés en orthophonie."

"Cette méthode a permis de formaliser notre pratique et de nous focaliser sur l'engagement dans l'activité plutôt que sur la réussite."

Mme P. orthophoniste

"Cette approche permet à la personne d'être active et de comprendre le sens de l'activité."

Mme F. orthophoniste

"Tellelement humanisant"

Mme G. logopède

"Je fais plus attention à la façon dont je présente/propose le travail à mes patients et je m'attache à regarder davantage ce qui est préservé."

Mme R. orthophoniste

"Ce n'est pas une méthode mais plutôt une philosophie. mon regard a changé, je ne vois plus la personne âgée de la même façon et je propose des solutions différentes."

Mme M. ergothérapeute

"Montessori permet de redonner du sens à ce que vit la personne mais aussi de redonner un rôle au soignant."

"Montessori permet de prendre et de donner des libertés."

Mme G. logopède



QUELQUES PISTES POUR EN APPRENDRE DAVANTAGE

Livres et articles de Cameron Camp

Camp, C. J. (2010). Origins of Montessori Programming for Dementia. Nonpharmacol Ther Dement, 1, 163-174.

Camp, C. J., & Malone, Megan. L. (2007). Montessori-Based Dementia Programming: Providing tools for engagement. Dementia, 6, 150-157.

Organisme AG&D

AG&D. (2021a). Présentation AG&D. Montessori Lifestyle - Plus d'autonomie, plus de vie. <https://www.ag-d.fr/presentation-agd/>

AG&D. (2021b). Présentation AG&D - Cameron Camp. Montessori Lifestyle - Plus d'autonomie, plus de vie. <https://www.ag-d.fr/presentation-agd/cameron-camp/>

Erkes, J. (2021). E-learning Montessori Lifestyle. <https://www.ag-d.fr/wp-content/uploads/2020/12/Programme-de%CC%81taille%CC%81-e-learning.pdf>

Erkes, J., Lhernault, C., & Dusautois, M. (2019). Alzheimer autrement: 100 activités pour plus de vie. La méthode Montessori au service des personnes âgées. (Esf sciences humaines).

→ Ces articles et ouvrages sont axés sur la méthode Montessori adaptée pour les personnes souffrant de TNCM, mais non spécifiques à l'orthophonie

Christine Nougarolles, orthophoniste, formatrice et autrice

Nougarolles, C. (2021). L'approche Montessori en orthophonie. Deboeck.

→ Ce livre porte sur Montessori en orthophonie mais n'est pas spécifique aux prises en soin de patients souffrant de TNCM.

Mon mémoire :

"Intérêt de l'utilisation de principes et outils Montessori dans une intervention orthophonique auprès de patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs : état des lieux et perspectives"

Juin 2022

Laureline CATARINA
laureline.catarina@gmail.com

CATARINA Laureline

Intérêt de l'utilisation de principes et outils Montessori dans une intervention orthophonique auprès de patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs : état des lieux et perspectives.

Résumé : Dans cette étude, nous nous intéresserons à une approche émergente : Montessori adapté pour les personnes souffrant de troubles neurocognitifs. Cette méthode est le fruit du travail du psychologue Cameron Camp, qui a perçu un réel intérêt à transposer la philosophie montessorienne pour les personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives. Notre objectif est de cerner la pertinence de l'utilisation de cette approche en orthophonie. La réalisation d'un état des lieux nous a permis de confirmer que cette approche est encore peu connue et utilisée par les orthophonistes français, même si certains principes Montessori sont, dans la réalité, appliqués naturellement lors des prises en soin. Par la suite, l'échange avec des professionnels formés à cette approche et l'observation d'ateliers menés par deux orthophonistes ont permis de constater que cette approche présente de nombreux bénéfices pour le patient souffrant de troubles neurocognitifs majeurs et qu'elle est tout à fait en adéquation avec les objectifs orthophoniques, favorisant, entre autres, le maintien de la communication.

Mots-clés : *Montessori - Gériatrie - Troubles Neurocognitifs Majeurs - Prise en soin - Orthophonie*

Abstract : In this study, we will focus on an emerging approach: Montessori adapted for people with neurocognitive disorders. This method is the fruit of the work of the psychologist Cameron Camp, who perceived a real interest in transposing the Montessori philosophy for the elderly suffering from neurodegenerative diseases. Our objective is to identify the relevance of using this approach in speech therapy. The realization of an inventory allowed us to confirm that this approach is still little known and used by French speech therapists, even if some Montessori principles are, in reality, applied naturally during care. Subsequently, discussions held with professionals trained in this approach and the observation of workshops led by two speech therapists revealed that this approach has many benefits for the patient suffering from major neurocognitive disorders. It is also completely in line with the speech therapy objectives, favoring, among other things, the maintenance of communication.

Keywords : *Montessori - Geriatrics - Major Neurocognitive Disorders – Care - Speech therapy*