

La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs, une approche globale centrée sur la personne

Partie 1 : Origines et grands principes fondamentaux

Montessori Method applied to dementia, a person-centered global approach
Part 1: Origins and principles

JÉRÔME ERKES^{1,2}
SOPHIE BAYARD²

¹ AG&D, Paris, France

² Université Paul-Valéry Montpellier3,
EPSYLON EA 4556, Montpellier, France
<jerome.erkes@ag-d.fr>

Correspondance : J. Erkes

Résumé. Les approches centrées sur la personne constituent un modèle d'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles cognitifs en plein développement au cours des dernières années. Ses bénéfices ont été bien documentés, mais la mise en œuvre concrète de ses grands principes reste parfois floue. Dans ce contexte, la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées en constitue une des propositions d'application concrète. Elle intègre la vision et les grands principes humanistes de la pédagogie scientifique de Maria Montessori et des outils et techniques de réhabilitation. Elle vise à redonner à la personne du contrôle sur sa vie, à favoriser son engagement dans des activités porteuses de sens et à lui redonner une place et un rôle dans la communauté. Dans cette revue de littérature, nous aborderons dans un premier temps de manière générale le courant des approches centrées sur la personne, puis nous présenterons de manière plus détaillée l'histoire et les principes de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées afin d'en proposer une vision claire et structurée.

Mots-clés : méthode Montessori, personnes âgées, troubles neurocognitifs majeurs, approches centrées sur la personne

Abstract. While dementia care is going through a major crisis, a strong call for the development of person-centered care for persons with a diagnosis of dementia has recently emerged. Person-centered care (PCC) is a philosophical and theoretical intervention framework acknowledging that the individual is still a person who can live positive life experiences and relationships, despite a progressive disease, even at severe stages. It has arisen as a response to a medical model, focused on pathology and deficits. The benefits of PCC have been well documented. However, questions remain about how to concretely provide it. In this context, the Montessori method applied to dementia represents one way to apply person-centered care to person with dementia. Based on the philosophy and principles of the scientific pedagogy developed by Maria Montessori, it integrates PCC principles, associated with rehabilitation techniques, to promote constructive engagement in meaningful activities, to give back sense of control to the person with dementia, and to allow the person to have a role in the community. In this article, we will first present the person-centered care philosophy, its main principles, and effects. Secondly, we will describe a brief historical perspective of the Montessori method for person with dementia. Then, we will present Montessori principles in a detailed and structured way.

Key words: Montessori, dementia, person-centered care

Les « démences », *i.e.* troubles neurocognitifs majeurs chez les personnes âgées, constituent un enjeu de santé publique et de société majeur dans nos sociétés. En 2015, l'Organisation mondiale de la santé estimait le nombre de personnes affectées à 46,8 millions, avec des prévisions amenant à 131,5 millions en 2050 [1]. La dépendance, la perte d'autonomie et les comportements réactionnels qui y sont associés constituent autant de défis complexes pour les personnes concernées, leurs entourages et les professionnels qui les accompagnent. Alors que les réponses médicamenteuses, au-delà d'une efficacité pour le moins discutée, présentent d'importants inconvénients au regard de leurs effets secondaires et d'un coût élevé pour la collectivité, la priorité semble être donnée aujourd'hui au développement d'interventions non médicamenteuses pour améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes concernées [2].

Dans ce contexte, de nombreuses voix appellent depuis des années à un changement profond de paradigme dans l'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles cognitifs et dans la mise en place au premier plan d'approches centrées sur la personne [3-5]. Les approches centrées sur la personne ont été mises en œuvre de différentes manières au cours des dernières décennies. Il existe ainsi de nombreuses propositions d'accompagnement qui se revendiquent de ce courant. Dans cet article, nous avons choisi de nous focaliser spécifiquement sur la méthode Montessori.

L'objectif de cette revue narrative est de présenter de manière complète et structurée les origines, l'historique et les grands principes de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs, en la situant dans le courant plus large des approches centrées sur la personne. Il s'agira enfin de montrer combien les grands principes de la méthode Montessori s'appuient sur des éléments dont l'efficacité dans l'accompagnement des personnes âgées est démontrée depuis des années.

Dans la première partie de cet article, nous présenterons le courant des approches centrées sur la personne, en repartant de ses origines, en en présentant succinctement les principes fondamentaux et les données essentielles de la littérature scientifique.

La seconde partie sera consacrée à la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées, depuis ses origines dans les travaux de la pédagogue italienne Maria Montessori jusqu'à son application auprès des personnes âgées aujourd'hui. Nous verrons combien il s'agit d'une approche globale et intégrative, en perpétuelle évolution selon les époques et contextes culturels. Nous y détaillerons enfin les grands principes qui structurent sa mise en œuvre

actuelle : i) changer de regard sur la personne, ii) lier comportements et besoins humains fondamentaux ; iii) renforcer choix et sentiment de contrôle, iv) favoriser l'engagement dans des activités porteuses de sens ; v) agir en facilitateur ; vi) préparer l'environnement..

D'une approche centrée sur la pathologie aux approches centrées sur la personne

Le courant des approches centrées sur la personne s'inscrit dans la lignée des travaux humanistes de Carl Rogers et a été conceptualisé pour la première fois par Tom Kitwood [6] pour proposer une approche plus humaniste et plus psychologique de l'accompagnement des personnes ayant un diagnostic de « démence », une alternative à une vision biomédicale traditionnelle, centrée sur les symptômes et la pathologie, plutôt que sur l'individu et ses besoins propres. De nombreux travaux et de nombreuses propositions, parfois très hétérogènes, ont suivi les travaux initiaux de Kitwood avec pour volonté de garder la personne et ses besoins comme guide des pratiques d'accompagnement [7].

Les approches centrées sur la personne constituent aujourd'hui un corpus philosophique et une vision de l'accompagnement au centre desquelles se trouve l'idée que la personne ayant reçu un diagnostic de « démence » reste avant tout une personne à part entière, gardant son identité propre, pouvant vivre des expériences, des émotions et des relations positives, malgré les difficultés et les défis associés, et ce, même à des stades sévères. Il s'agit en quelque sorte d'une manière d'apporter des soins dans laquelle l'accent est mis sur chaque personne, en tant qu'individu unique, sur ses besoins et préférences, plutôt que sur la maladie, ses symptômes attendus, les problèmes qu'elle entraîne et les capacités perdues par la personne. Les approches centrées sur la personne sont sous-tendues par un certain nombre de valeurs et de principes éthiques guidant les interventions et l'accompagnement proposé aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs, parmi lesquels [3, 8, 9] :

- le fait que chaque personne est unique et doit être soutenue dans ses besoins propres, ses croyances, ses capacités préservées, son expérience de vie, ses relations, les activités ayant du sens pour elle ;
- le fait de reconnaître la biographie de la personne et de la prendre en compte au premier plan dans l'accompagnement qui lui est proposé ;

- la prise en compte systématique du point de vue de la personne dans les décisions et démarches la concernant ;
- le fait de s'intéresser, de reconnaître et de tenter de comprendre le vécu et les perceptions de la personne dans ce qu'elle vit ;
- le fait de baser l'accompagnement sur les capacités et potentiels de la personne, plutôt que sur ses déficits et sur les problèmes qu'elle pose ;
- le fait que les besoins psycho-sociaux (besoin de contrôle sur sa vie, besoin de relations humaines chaleureuses, besoin de vivre des expériences positives, besoin d'activités porteuses de sens, besoin de contribuer, besoin d'appartenance à la communauté, etc.) sont essentiels au bien-être et au développement de toute personne, même malade ;
- l'importance de la mise en place d'un environnement social positif dans lequel la personne peut éprouver du plaisir et du bien-être ;
- les faits que les problèmes de comportement constituent des réactions de la personne à des besoins humains non satisfaits ;
- le fait qu'un environnement social et matériel ne répondant pas aux besoins de la personne a un impact négatif sur la personne, aggravant son fonctionnement et son état.

L'ensemble de ces principes ont amené l'*American Society of Aging* à considérer les approches centrées sur la personne comme devant constituer le *gold-standard* des soins apportés aux personnes âgées, voire des approches en santé de manière générale [10].

La littérature scientifique sur les approches centrées sur la personne met en évidence des effets positifs, tels qu'une réduction des problèmes psychologiques et comportementaux, ainsi qu'une amélioration du bien-être et de la qualité de vie chez les personnes âgées ayant reçu un diagnostic de « démence » [11, 12]. Plus encore, il a été démontré qu'elles améliorent la satisfaction au travail des aidants professionnels [13] et réduisent leurs niveaux de stress et de burn-out [14, 15], ce qui est d'importance dans le contexte actuel. Une étude récente a également démontré qu'il était possible de mettre en œuvre une approche centrée sur la personne dans un contexte de soins aigus en milieu hospitalier, entraînant une amélioration des résultats cliniques (état général, statut fonctionnel, bien-être, qualité de vie et comportement) en comparaison avec des soins traditionnels [16]. Plus encore, ces résultats amélioreraient la rentabilité économique du service, ce qui, là aussi, a son importance dans les contextes actuels.

Certains auteurs soulignent cependant des limites dans l'utilisation du concept d'approches centrées sur la

personne. Ainsi, malgré une apparition croissante dans la littérature scientifique au cours des deux dernières décennies, il n'existe pas, à l'heure actuelle de consensus clair sur sa définition [8, 17]. En outre, si le corpus de principes philosophiques et éthiques qui constitue les approches centrées sur la personne fait lui relativement consensus aujourd'hui, ces grands principes peinent à être traduits sur le terrain en actions concrètes, en pratiques identifiées et validées [10]. Différentes approches ont dès lors proposé de mettre en œuvre de manière structurée les fondamentaux des approches centrées sur la personne, tel que, par exemple, les communautés Eden Alternative dans les pays anglo-saxons [18]. C'est dans ce contexte que se développe depuis plusieurs décennies la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées qui s'inscrit également dans cette vision.

La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées : historique

La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées constitue en effet, en essence, une approche centrée sur la personne et pourrait justement en constituer une mise en œuvre concrète et globale [4]. Elle s'inspire, comme son nom l'indique, du travail de la pédagogue italienne Maria Montessori, une des premières femmes médecin en Italie. Sa pédagogie est née au début du xx^e siècle dans un quartier pauvre de Rome, via l'adaptation par Maria Montessori d'un programme éducatif basé sur un matériel sensori-moteur mis en place auparavant avec succès auprès d'enfants présentant des troubles mentaux [19]. Ajustée durant plusieurs décennies sur la base de l'observation des enfants par Maria Montessori et ses collaborateurs, sa pédagogie implique un certain nombre d'éléments-clé parmi lesquels :

- une adaptation de la posture de l'éducateur qui guide et accompagne avec empathie et bienveillance, en vue d'aider l'enfant à « faire seul » ;
- des interactions favorisant l'empathie et le lien entre pairs ;
- l'importance donnée au sentiment de contrôle via une liberté de choix parmi différentes activités d'apprentissage ;
- les apprentissages intégrés dans des activités ajustées aux intérêts de l'enfant, ayant un but clair et du sens pour lui ;
- l'adaptation des activités proposées aux capacités de l'enfant, à chaque moment de son développement ;
- le respect inconditionnel du rythme de l'enfant ;

- l'apprentissage par la manipulation et le mouvement (lien entre cognition et mouvement) ;
- l'utilisation de nombreuses activités de vie pratique (reliées à la vie quotidienne) ;
- un matériel et un environnement physique préparés et adaptés pour favoriser concrètement l'autonomie et l'indépendance de l'enfant avec le moins d'intervention possible de l'éducateur ;
- des apprentissages en petits groupes ou en individuel ;
- le fait de proposer des rôles et responsabilités aux enfants dans la classe ;
- la confiance absolue dans le potentiel de l'enfant si son environnement répond à ses besoins.

Au final, la pédagogie Montessori intègre de nombreux éléments connus pour améliorer les apprentissages et favoriser un développement harmonieux de l'enfant (pour une synthèse très complète, voir [20]). Il est intéressant de noter le parallèle avec les éléments caractéristiques d'une approche centrée sur la personne, ici l'enfant. Finalement, l'approche proposée par Maria Montessori constitue autant une philosophie de vie et de considération de l'humain qu'une méthode à proprement parler, basée sur des valeurs fortes de respect et de dignité pour toutes les personnes humaines, quel que soit leur âge ou leurs caractéristiques.

C'est au milieu des années 1990 qu'une équipe américaine, sous l'impulsion du Dr Camp commence à explorer l'intérêt de reprendre les principes de la pédagogie Montessori dans l'accompagnement des personnes âgées [21]. Les tout premiers travaux se sont essentiellement focalisés sur la mise en place d'activités basées sur le matériel pédagogique Montessori et semblaient prometteurs. Néanmoins, il est rapidement apparu que ce matériel, quoique très bien conçu pour soutenir le fonctionnement cognitif, pouvait être infantilisant pour certaines personnes et manquait globalement de pertinence et de sens [22]. Rapidement, dès lors, les travaux ont évolué vers l'idée de reprendre les principes Montessori pour adapter le matériel et les modalités de présentation d'activités plus traditionnelles : présentation par démonstration, une étape à la fois, matériel à manipuler et « auto-correctif », comprenant des indices guidant la personne pour favoriser la réussite, invitation et choix, matériel familier de la vie quotidienne ajusté sur les intérêts des personnes, présentation en individuel ou en petits groupes, etc. [23]. Au fil des travaux, les principes Montessori furent affinés, intégrés dans différents projets, tels que des projets intergénérationnels [24–26], l'idée d'apprendre à des personnes âgées ayant des troubles cognitifs à présenter des activités Montessori [27, 28], ou encore l'utilisation des activités Montessori

comme base de programme de rééducation, par exemple à l'alimentation [29, 30]. Plus récemment, les principes Montessori furent intégrés conjointement pour proposer un modèle global d'accompagnement visant à soutenir l'autonomie et l'indépendance des personnes âgées ayant des troubles cognitifs, même sévères, à réduire les comportements réactionnels et à favoriser leur bien-être et leur qualité de vie [31–34].

Depuis les premiers travaux, la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées a donc beaucoup évolué. Elle a également été enseignée et appliquée dans des nombreux pays du monde et dans de nombreuses cultures, avec dans la plupart des cas, des adaptations et évolutions propres de la manière de la présenter ou des éléments mis au premier plan [35]. Il est donc parfois difficile d'en définir les contours et contenus précis qui varient d'une publication à l'autre, d'un programme de formation à l'autre, selon les pays et cultures [36].

Dans cet article, nous reprendrons les éléments essentiels de la méthode Montessori telle que présentée par l'équipe du Dr Camp à travers le monde et enseignée dans les pays francophones.

L'application de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées se base avant tout sur les valeurs humanistes de maintien du respect, de la dignité et de l'autonomie des personnes, ainsi que sur le fait de s'assurer qu'elles soient traitées avec égalité et confiance, comme priorités absolues, guidant toutes les actions entreprises [4]. Elle vise à permettre aux personnes présentant des troubles cognitifs, y compris sévères, de retrouver un sentiment de contrôle sur leur vie en permettant l'expression et le respect de leurs choix, de s'engager positivement dans des activités porteuses de sens pour elles, et de leur redonner une place et un rôle au sein d'une communauté, favorisant le sentiment d'appartenance et le lien social [22].

Les grands principes de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées

Pour répondre à ces besoins humains fondamentaux, la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées se veut une approche globale et intégrative. Elle réunit en effet d'une part la philosophie et les principes de Maria Montessori, les grands principes fondamentaux des approches centrées sur la personne, et d'autre part des modèles (neuro)psychologiques et des techniques de réhabilitation ayant démontré qu'ils contribuaient à amé-

liorer l'autonomie, l'indépendance et le fonctionnement psychologique des personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Sa spécificité est d'avoir intégré ces techniques en les simplifiant pour qu'elles puissent être appliquées par tous, aussi bien à l'échelle d'un système que dans les interactions individuelles. L'idée sous-jacente est de créer un environnement humain et matériel répondant aux besoins de la personne et soutenant son fonctionnement, pour lui permettre d'exprimer son potentiel en contournant ses déficits, et de garder en somme, une vie digne et qui en vaille la peine.

Changer de regard sur la personne

À la base des pratiques avec la méthode Montessori doit s'opérer un changement profond et concret du regard porté sur la personne. Il ne s'agit plus de voir sa pathologie, ses déficits et difficultés au premier plan, mais bien de remettre son humanité, sa personnalité et ses capacités comme socle de l'accompagnement. Il s'agit réellement d'une action prioritaire, qui passe au premier plan de l'accompagnement.

Pour pouvoir répondre aux besoins de la personne et lui proposer un accompagnement qui a du sens pour elle, il s'agit de la connaître en tant que personne, de connaître ses goûts, intérêts, habitudes, souhaits, expertises, etc. Cela se met en place concrètement par des temps de rencontre ouverte, de moments partagés et de vrai dialogue avec la personne, pour faire connaissance et créer un lien de confiance. Cette démarche se base également sur l'utilisation d'activités adaptées permettant de recueillir les informations auprès des personnes elles-mêmes, y compris ayant des troubles cognitifs sévères [37].

Par ailleurs, tout l'accompagnement et toutes les activités sont définis et proposés en partant des capacités de la personne. Pour identifier les capacités préservées d'une personne, même lorsque ses déficits sont sévères, la méthode Montessori se base sur plusieurs outils. La grille des capacités est un outil simple permettant aux aidants d'identifier via l'observation de la personne au quotidien quelques capacités de base sur les plans moteur, sensoriel, cognitif et social [38]. Il s'agit surtout dans ce cas de guider le regard des aidants, trop souvent entraînés à se focaliser sur les déficits, pertes et incapacités. Plus détaillée et plus élaborée, le *Montessori Assesment System* (MAS) est une batterie d'évaluation qui permet, via la participation à sept activités basées sur les principes Montessori, d'identifier près d'une cinquantaine de capacités dans les mêmes quatre grands domaines, y compris chez les personnes présentant des déficits sévères, en vue de l'établissement d'un plan d'accompagnement adapté. Cette batterie a fait l'objet d'une étude de validation en France et peut être éga-

lement administrée à des personnes présentant des comportements réactionnels, même lorsque leur intensité est sévère [39, 40]. Elle n'est cependant pas encore disponible en langue française. Au-delà des capacités de base dans ces quatre grands domaines, la méthode Montessori porte un intérêt particulier sur la mise en évidence des capacités de lecture, fréquemment préservées chez les personnes ayant des troubles cognitifs, même sévères, sous réserve d'adaptation de la police de caractères [41]. Préservée, la lecture permet l'utilisation d'aides externes, d'affichages et signalétiques, l'adaptation de supports d'activités, etc.

Enfin, la méthode Montessori s'appuie également massivement sur les capacités de mémoire implicite, en particulier de mémoire procédurale, dont la préservation dans les « démences » a été abondamment démontrée depuis des décennies (voir par exemple [42, 43]). En permettant aux personnes de pratiquer elles-mêmes différentes activités de manière régulière, via la guidance de l'aidant, leurs capacités à réaliser correctement l'activité s'améliorent progressivement, favorisant ainsi leur indépendance, leur possibilité de *faire seules*, et ce dans tous les types d'activités [44]. De même, en instaurant des routines, en rendant l'environnement stable et habituel, aussi longtemps qu'il répond à leurs besoins, les personnes reprennent progressivement des repères, en positionnant des activités, des signalétiques, des aides externes toujours au même endroit. Les personnes apprennent alors progressivement à interagir avec ces supports environnementaux sans avoir besoin de l'aide d'autrui.

Comportements et besoins humains fondamentaux

La méthode Montessori s'inscrit pleinement dans le modèle de compréhension des « troubles du comportement », comme étant réactionnels à des besoins humains fondamentaux non satisfaits, plutôt qu'étant des symptômes de la pathologie (« *Unmet Needs Model* », voir [45]). Dans ce cadre théorique, lorsqu'une personne présente un comportement réactionnel (agitation, agressivité, apathie, etc.), il s'agit d'identifier, à travers une démarche structurée d'analyse de la situation, les déclencheurs potentiels du comportement et les besoins non satisfaits de la personne, en vue de lui proposer des réponses adaptées et individualisées. Il est à noter que les besoins identifiés comme les plus fréquemment non satisfaits chez des personnes ayant des troubles cognitifs et présentant des états sévères d'agitation sont la solitude et le besoin d'interactions sociales, l'ennui et le manque de stimulation, et le manque d'activités porteuses de sens, correspondant aux cibles particulières de la méthode Montessori [45].

Choix et sentiment de contrôle

L'importance pour les humains d'avoir du contrôle sur sa vie et son environnement a été souligné en psychologie depuis plusieurs décennies [46]. Cela est également particulièrement vrai pour les personnes âgées vivant en institution, l'absence de choix et de contrôle ayant des impacts sur des indicateurs psychologiques (adaptation au lieu, bien-être psychologique, niveau global de vigilance, niveau d'activité), mais aussi sur des indicateurs de santé physique et sur l'état général [47-49]. L'absence de sentiment de contrôle serait d'ailleurs à la base d'un certain nombre des comportements d'agitation [45]. Redonner du contrôle sur leur vie aux personnes ayant des troubles cognitifs est un des éléments centraux de la méthode Montessori. Cela se fait par la formulation de choix dans toutes les interactions avec la personne, tels que des choix à deux options ou le simple fait de lui demander son avis ou son accord, ou encore de lui proposer plutôt que de lui imposer. Des choix collectifs peuvent également être proposés en institution, sous la forme de comités de résidents, au format adapté aux capacités des participants, réglant des questions de la vie collective, tels que l'accueil de nouveaux résidents, les activités, les sorties, les repas, la gestion des décès, etc. [50].

Favoriser l'engagement dans des activités porteuses de sens

Avoir des activités porteuses de sens est un besoin humain fondamental fréquemment mis à mal chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs, en particulier en institution [51, 52]. Il a pourtant été largement démontré que l'engagement dans des activités porteuses de sens, défini par des comportements moteurs ou verbaux en réponse à l'activité, a des effets bénéfiques pour les personnes âgées ayant des troubles cognitifs, tels qu'une augmentation marquée du niveau de bonheur, de l'intérêt, une réduction de l'ennui [52-54, 56], une amélioration de l'indépendance dans les activités de vie quotidienne, des capacités physiques et de la mobilité [53], une meilleure qualité de vie et une réduction très significative des comportements réactionnels [33, 54, 55].

Augmenter l'engagement des personnes dans des activités porteuses de sens est au cœur de la méthode Montessori, en adaptant les activités à leurs capacités et intérêts. Il est essentiel de préciser que le terme *activités* ne concerne pas ici uniquement les activités dites d'animation. Il renvoie à toutes les opportunités pour la personne de faire quelque chose qui a du sens pour elle. En fait, chaque chose ce que nous faisons, du matin au soir,

est une activité, aussi bien des activités instrumentales de la vie quotidienne, des activités artistiques, sociales, sportives, intergénérationnelles, etc. Les activités du quotidien (ranger, nettoyer, mettre ou débarrasser la table, préparer le repas, laver la vaisselle, arroser les plantes, tondre la pelouse, bricoler, distribuer le courrier, etc.) constituent des possibilités infinies pour engager les personnes ayant des troubles cognitifs. Il a été démontré qu'en institution, les personnes âgées ayant des troubles cognitifs qui avaient la possibilité de s'engager dans ce type d'activités avaient une qualité de vie significativement meilleure que les personnes qui n'y prenaient pas part [56]. Ces activités permettent aux personnes, outre d'être actives, de garder un rôle et un sentiment d'utilité et de contribution à la communauté. L'idée, dans la méthode Montessori, est donc de solliciter l'aide et la participation des personnes (en leur laissant le choix) dans tout ce que les professionnels font habituellement *pour* les personnes, en se connectant à leurs intérêts et préférences.

Par ailleurs, les activités et l'organisation de la vie au quotidien sont toujours pensées pour favoriser le lien social et le sentiment d'appartenance à une communauté, pour permettre aux individus de rester connectés aux autres, pour favoriser également le sentiment d'utilité sociale. Le sentiment de solitude et d'isolement social est en effet également un enjeu central pour les personnes âgées présentant des troubles cognitifs, tant en termes de prévalence qu'en termes de conséquences majeures pour la personne, incluant ici aussi une dégradation de la santé psychologique et physique, allant jusqu'à un risque accru de mortalité précoce [57]. Il s'agit également d'un des facteurs les plus fréquemment associés à la présence de comportements réactionnels [45]. Les occasions d'engager les personnes dans des activités socialisantes et des projets collectifs « de la vraie vie » sont légion. Il pourrait s'agir, par exemple, d'organiser un projet caritatif, ou encore une sortie ou une fête. Dans ce cas, les personnes seraient impliquées dans les différentes étapes du projet, telles que préparer les invitations, les distribuer, préparer et servir l'apéritif, prendre les photos pendant l'événement, etc.

Bien entendu, l'adaptation des activités aux intérêts et capacités concerne aussi les activités d'animation plus traditionnelles, en groupe ou individuelles.

Agir en facilitateur

La méthode Montessori invite également à un changement significatif de la posture et du positionnement de l'aidant. Il s'agit de passer d'une posture dans laquelle l'aidant *fait pour* la personne, à sa place, à une posture de

facilitateur dans laquelle il *l'aide à faire seul*, en l'accompagnant dans la réalisation de l'activité ou tâche en cours. Pour cela, le facilitateur guide et indice la personne, via des démonstrations physiques des actions à accomplir, une simplification et une adaptation du matériel, en observant la réalisation de l'activité par la personne et en apportant de l'aide uniquement si nécessaire. La mission du facilitateur est de fait de soutenir, réellement, l'autonomie (en donnant du choix et du contrôle) et l'indépendance de la personne (en l'aidant à faire seule), si possible en complexifiant progressivement, en respectant le rythme de la personne.

Les douze principes Montessori synthétisent l'ensemble des principes et techniques qui guident le facilitateur dans cette posture (voir *tableau 1*) [50]. Ils peuvent être appliqués lors de toutes les interactions avec la personne.

Préparer l'environnement

Le terme « environnement préparé » était utilisé par Maria Montessori pour décrire un environnement matériel lui aussi au service de l'indépendance et de l'autonomie de l'enfant, dans lequel il a plaisir à évoluer et dans lequel il peut agir librement. Ces grands objectifs sont identiques dans la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées. Il s'agit d'adapter l'environnement de la personne pour qu'il soutienne son fonctionnement et son bien-être, en se basant pour cela sur plusieurs principes et techniques [31, 58] :

- utilisation de signalétiques adaptées pour soutenir l'orientation spatiale et temporelle (voir [59] pour plus de détails sur l'adaptation de la signalétique) ;
- activités adaptées librement accessibles à des endroits clés ;
- utilisation d'affichages invitant à interagir avec l'environnement ou avec des activités ;
- utilisation de badges adaptés pour faciliter la connaissance du nom ou du prénom ;
- utilisation d'aides externes individualisées pour pallier les déficits cognitifs, notamment mnésiques (voir par ex. [60] [4] pour des détails sur le type de méthodologie utilisée) ;
- mise en place d'une ambiance chaleureuse agréable et esthétique ;
- décorations associées aux fonctions des différents espaces pour rendre l'environnement plus compréhensible ;
- simplification de l'environnement en éliminant ou masquant les distracteurs et éléments ne favorisant pas le bien-être de la personne.

À noter que ces adaptations de l'environnement se font autant que possible avec les personnes âgées ayant des troubles cognitifs, en sollicitant leurs avis, leur aide et leur participation.

La notion d'environnement préparé concerne également le matériel utilisé dans les activités. Pour favoriser l'engagement et le sentiment de réussite, les activités utilisent un matériel aisé à manipuler, rendu visible et facilement identifiable, avec des contrastes visuels renforcés, supprimant les informations non indispensables à la réalisation de l'activité, incluant éventuellement des indices physiques et visuels pour guider la réalisation de l'activité ou la possibilité de l'expression du choix.

L'ensemble de ces principes peut être appliqué aussi bien à l'échelle de l'individu, dans un accompagnement spécifique, que globalement, à l'échelle institutionnelle, ou encore au niveau de certains aspects spécifiques de l'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles cognitifs, comme, par exemple, les repas et l'alimentation [61]. De nombreux exemples cliniques de l'application concrète des grands principes de la méthode Montessori sont décrits dans le chapitre de Camp et collaborateurs [4].

Conclusion

À l'heure où le secteur de l'accompagnement des personnes âgées traverse une crise profonde, il nous semble urgent de prendre, collectivement, un tournant.

Tableau 1. Les 12 principes Montessori (AG&D, 2019).
Table 1. *The 12 Montessori Principles.*

1. Proposez à la personne une activité qui a un but et du sens pour elle, qui capte son intérêt.
2. Concentrez-vous sur les capacités de la personne.
3. Demandez à la personne et invitez-là à participer.
4. Offrez du choix à chaque fois que c'est possible.
5. Préparez l'environnement, utilisez des modèles et des indices visuels.
6. Donnez à la personne quelque chose à tenir et à manipuler.
7. Parlez moins, montrez plus !
8. Ralentez. Adaptez votre rythme à celui de la personne.
9. Divisez l'activité en sous étapes. Une étape à la fois.
10. Allez du plus simple au plus complexe.
11. Encouragez l'engagement de la personne. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise manière de faire.
12. Terminez en remerciant la personne puis en lui demandant si elle a apprécié et si elle souhaiterait recommencer.

Les approches centrées sur la personne proposent une perspective à la fois éthique et pragmatique, et portent l'espoir d'un quotidien meilleur pour tous ceux qui sont concernés par les troubles cognitifs du grand âge, professionnels, familles et personnes âgées elles-mêmes. Elles ont également démontré qu'elles offraient de meilleurs résultats que l'approche traditionnelle des troubles cognitifs de la personne âgée, purement biomédicale, centrée sur la pathologisation du vieillissement, des personnes et des comportements, et sur la réalisation mécanique de tâches par les professionnels.

La méthode Montessori peut apporter sa contribution dans ce changement nécessaire de paradigme. Elle est imprégnée à la fois des grands principes des approches centrées sur la personne, mais également de principes et techniques dont la validité et les intérêts sont démontrés depuis longtemps. Elle se veut une proposition de synthèse, en perpétuelle évolution depuis les premiers travaux de Cameron Camp, jusqu'à une vision plus globale. Elle offre la perspective d'un modèle d'accompagnement plus humain et plus cohérent, applicable à la condition d'une vraie volonté de faire autrement, radicalement. Ses effets ont été étudiés dans un nombre croissant de travaux de recherche qui seront présentés dans la seconde partie de cette revue de question.

Enfin, nous souhaiterions ajouter pour conclure qu'il nous apparaît crucial et urgent que des réflexions fondamentales sur le management des institutions pour les personnes âgées soient également entreprises. Il semble en effet illusoire de vouloir que soient traités nos aînés avec respect, dignité, égalité et confiance, qu'ils soient reconnus comme des personnes à part entière, que soient promues leur indépendance et leur autonomie, si cela n'est pas le cas aussi pour les professionnels. Une organisation

également centrée sur les professionnels permettrait de rendre l'ensemble du système plus cohérent, plus humain et probablement plus efficace pour tous. Si les principes Montessori sont universels, s'appliquant potentiellement à tous les humains, il devrait être possible d'imaginer leur application aux professionnels eux-mêmes. Des réflexions ont déjà commencé en ce sens. Il y a là, sans aucun doute un champ de développement et de recherches pour les années à venir.

Points clés

- Les approches centrées sur la personne constituent un mouvement en plein essor pour proposer un accompagnement répondant aux besoins humains fondamentaux des personnes âgées présentant des troubles cognitifs.
- Bien que les effets des approches centrées sur la personne aient été documentés, leurs grands principes peinent encore parfois à être traduits concrètement sur le terrain.
- Adaptée de la pédagogie scientifique du Dr. Maria Montessori, la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées est une approche globale et intégrative qui s'est développée progressivement au cours des dernières décennies.
- La méthode Montessori se propose de constituer une mise en application cohérente des approches centrées sur la personne en intégrant principes humanistes et techniques de réhabilitation simplifiées pour être applicables à l'échelle d'un système.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London, 2015.
2. HAS. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*. 2011.
3. Brooker D. What is person-centred care in dementia? *Rev Clin Gerontol* 2003 ; 13 : 215-22.
4. Camp CJ, Bourgeois MS, Erkes J. Person-centered care as treatment for dementia. In : Smith GE, Farias ST, eds. *APA handbook of dementia*. Washington : American Psychological Association, 2018 : 615-29.
5. Cohen-Mansfield J, Mintzer JE. Time for change: the role of non-pharmacological interventions in treating behavior problems in nursing home residents with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2005 ; 19 : 37-40.
6. Kitwood T. The technical, the personal and the framing of dementia. *Social Behav* 1988 ; 3 : 161-79.
7. Kitwood T. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Maidenhead, England : Open University Press, 1993.
8. Edvardsson D, Winblad B, Sandman P. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol* 2008 ; 7 : 362-7.
9. The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-centered care: a definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc* 2016 ; 64 : 15-8.
10. Love K, Pinkowitz J. Person-centered care for people with dementia: a theoretical and conceptual framework. *Generations* 2013 ; 37 : 23-9.
11. Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *CIA* 2017 ; 12 : 381-97.

12. Li J, Porock D. Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative review of interventional research. *Int J Nurs Stud* 2014 ; 51 : 1395-415.
13. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, McAuliffe L, et al. Job satisfaction amongst aged care staff: exploring the influence of person-centered care provision. *Int Psychogeriatr* 2011 ; 23 : 1205-12.
14. Hayajneh FA, Shehadeh A. The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: an interventional study. *Int J Nurs Pract* 2014 ; 20 : 438-45.
15. Jeon YH, Simpson JM, Li Z, et al. Cluster randomized controlled trial of an aged care specific Leadership and management program to improve work environment, staff turnover, and care quality. *J Am Med Dir Assoc* 2015 ; 16 : 629 e19-28.
16. Tay FHE, Thompson CL, Nieh CM, et al. Person-centered care for older people with dementia in the acute hospital. *Alzheimers Dement* (NY) 2018 ; 4 : 19-27.
17. Ebrahimi Z, Patel H, Wijk H, Ekman I, et al. A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. *Geriatr Nurs* 2021 ; 42 : 213-24.
18. Thomas W, Johansson C. Elderhood in Eden. *Top Geriatr Rehabil* 2003 ; 19 : 282-90.
19. Lillard AS. Preschool children's development in classic Montessori, supplemented Montessori, and conventional programs. *J Sch Psychol* 2012 ; 50 : 379-401.
20. Lillard AS. *Montessori: The Science behind the Genius*. New-York, NY : Oxford University Press, 2005.
21. Vance D, Camp CJ, Kabacoff M, et al. Montessori methods: innovative interventions for adults with Alzheimer's disease. *Montessori Life* 1996 ; 8 : 10-2.
22. Camp CJ. Origins of Montessori programming for dementia. *Nonpharmacol Ther Dement* 2010 ; 1 : 163-74.
23. Malone ML, Camp CJ. Montessori-based dementia programming®: providing tools for engagement. *Dementia* 2007 ; 6 : 150-7.
24. Camp CJ, Judge KS, Bye CA, et al. An intergenerational program for persons with dementia using Montessori methods. *Gerontologist* 1997 ; 37 : 688-92.
25. Camp CJ, Lee MM. Montessori-based activities as a transgenerational interface for persons with dementia and preschool children. *J Intergener Relationsh* 2011 ; 9 : 366-73.
26. Lee MM, Camp CJ, Malone ML. Effects of intergenerational Montessori-based activities programming on engagement of nursing home residents with dementia. *Clin Interv Aging* 2007 ; 2 : 477-83.
27. Camp CJ, Skrajner MJ. Resident-Assisted Montessori Programming (RAMP): training persons with dementia to serve as group activity leaders. *Gerontologist* 2004 ; 44 : 426-31.
28. Skrajner MJ, Camp CJ. Resident-Assisted Montessori Programming (RAMP™): use of a small group reading activity run by persons with dementia in adult day health care and long-term care settings. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2007 ; 22 : 27-36.
29. Lin LC, Huang YJ, Su SG, et al. Using spaced retrieval and Montessori-based activities in improving eating ability for residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010 ; 25 : 953-9.
30. Lin LC, Huang YJ, Watson R, et al. Using a Montessori method to increase eating ability for institutionalised residents with dementia: a crossover design: Montessori methods to increase eating ability. *J Clin Nurs* 2011 ; 20 : 3092-101.
31. Bourgeois M, Brush J, Elliot G, et al. Join the revolution: how montessori for aging and dementia can change long-term care culture. *Semin Speech Lang* 2015 ; 36 : 209-14.
32. Camp CJ, Zeisel J, Antenucci V. Implementing the "I'm Still Here"™ Approach: In : Hartman-Stein PE, La Rue A, eds. *Enhancing Cognitive Fitness in Adults*. New-York : Springer International Publishing, 2011 : 401-17.
33. De Witt-Hoblitt I, Miller MN, J. Camp C. Effects of sustained, coordinated activities programming in long-term care: the memory in Rhythm® program. *AAR* 2016 ; 05 : 1-8.
34. Roberts G, Morley C, Walters W, et al. Caring for people with dementia in residential aged care: successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. *Geriatr Nurs* 2015 ; 36 : 106-10.
35. Camp CJ, Antenucci V, Roberts A, Fickenscher T, Erkes J, Neal T. The montessori method applied to dementia: an international perspective. *Montessori Life* 2017 ; 29 : 40-7.
36. Raghuraman S, Tischler V. 'The Jigsaw Culture of Care': a qualitative analysis of Montessori-Based programming for dementia care in the United Kingdom. *Dementia* 2021 ; 20 : 2876-90.
37. Bourgeois MS, Camp CJ, Antenucci V, Fox K. VoiceMyChoice™: facilitating understanding of preferences of residents with dementia. *AAR* 2016 ; 05 : 131-41.
38. Erkes J, Lhernault C. À la recherche des capacités préservées. *DocAlzheimer* 2020 ; 38 : 17-9.
39. Erkes J, Camp CJ, Raffard S, Gély-Nargeot MC, Bayard S. Assessment of capabilities in persons with advanced stage of dementia: validation of The Montessori Assessment System (MAS). *Dementia* 2019 ; 18 : 1840-57.
40. Erkes J, Camp CJ, Bayard S. Don't Bother Trying, They Won't Do It! effect of responsive behaviors on the montessori assessment system. *Clin Gerontol* 2021 ; 1-8.
41. Bourgeois MS. Evaluating memory wallets in conversations with persons with dementia. *J Speech Lang Hear Res* 1992 ; 35 : 1344-57.
42. Camp CJ, Foss JW, Stevens AB, et al. Memory training in normal and demented elderly populations: the E-I-E-I-O model. *Exp Aging Res* 1993 ; 19 : 277-90.
43. Gabrieli JDE, Corkin S, Mickel SF, et al. Intact acquisition and long-term retention of mirror-tracing skill in Alzheimer's disease and in global amnesia. *Behav Neurosci* 1993 ; 107 : 899-910.
44. Dechamps A, Fasotti L, Jungheim J, et al. Effects of different learning methods for instrumental activities of daily living in patients with Alzheimer's dementia: a pilot study. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2011 ; 26 : 273-81.
45. Cohen-Mansfield J, Dakheel-Ali M, Marx MS, et al. Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *Psychiatry Res* 2015 ; 228 : 59-64.
46. Seligman MEP. *Helplessness*. San-Francisco : W.H. Freeman, 1975.
47. Faure J. Comportements de choix et influence sur le bien-être : le cas des personnes âgées résidant en Ehpad [Thèse de doctorat]. *Tours*. 2015.
48. Langer EJ, Rodin J. The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. *J Pers Soc Psychol* 1976 ; 34 : 191-8.
49. Schulz R. Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *J Pers Soc Psychol* 1976 ; 33 : 563-73.
50. AG&D. *Alzheimer autrement. 100 activités pour plus de vie ! La méthode Montessori au service des personnes âgées*. Paris : ESF Sciences Humaines, 2019.

- 51.** Buettner LL, Fitzsimmons S. Activity calendars for older adults with dementia: what you see is not what you get. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2003 ; 18 : 215-26.
- 52.** Cohen-Mansfield J, Marx MS, Werner P. Observational data on time use and behavior problems in the nursing home. *J Appl Gerontol* 1992 ; 11 : 111-21.
- 53.** Schnelle JF, MacRae PG, Ouslander JG, *et al.* Functional incidental training, mobility performance, and incontinence care with nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1995 ; 43 : 1356-62.
- 54.** Buettner LL. Simple pleasures: a multilevel sensorimotor intervention for nursing home residents with dementia. *Am J Alzheimers Dis* 1999 ; 14 : 41-52.
- 55.** Cohen-Mansfield J, Werner P. Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1997 ; 52 : M369-377.
- 56.** Edvardsson D, Petersson L, Sjogren K, *et al.* Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life. *Int J Older People Nurs* 2014 ; 9 : 269-76.
- 57.** Victor CR. Is loneliness a cause or consequence of dementia? a public health analysis of the literature *Front Psychol* 2020 ; 11 : 612771.
- 58.** Brush JA, Douglas NF, Bourgeois MS. Implementation of the Montessori program in assisted living: positive outcomes and challenges. *Alzheimers Dement* 2018 ; 14 : P542-3.
- 59.** Brush J, Camp CJ, Bohach S, *et al.* . Developing signage that supports wayfinding for persons with dementia. *Can Nurs Home* 2015 ; 26 : 4-11.
- 60.** Bourgeois MS, Camp C, Rose M, *et al.* A comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia. *J Commun Disord* 2003 ; 36 : 361-78.
- 61.** Erkes J. Le temps du repas avec la méthode Montessori. *Bon Appétit, Monsieur Alzheimer*. Lausanne : Éditions d'En Bas, 2017.