

L'approche Montessori en orthophonie

Prise en soins des troubles
du langage et des apprentissages

Christine Nougrolles



Christine Nougarrowles

L'approche Montessori en orthophonie

**Prise en soins des troubles du langage
et des apprentissages**

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site Web : www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur s.a., 2021
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : avril 2021
Bibliothèque royale de Belgique : 2021/13647/075

ISBN : 978-2-80733-016-0

Sommaire

Avant-propos.....	V
-------------------	---

Première partie présentation théorique

Chapitre 1. Une démarche expérimentale	3
Chapitre 2. Maria Montessori d'hier à aujourd'hui	19
Chapitre 3. Les concepts-clés de la pensée Montessori à travers les besoins de l'enfant	35
Chapitre 4. Montessori et la recherche scientifique aujourd'hui.....	63
Chapitre 5. Fondements théoriques indispensables et ré-éduc-action orthophonique.....	89

Deuxième partie présentation pratique

Chapitre 6. Vie pratique et matériel d'éducation sensorielle.....	119
Chapitre 7. Langage oral et langage écrit	139
Chapitre 8. Orthographe grammaticale	167
Chapitre 9. Mathématiques.....	191

Conclusion.....	205
Remerciements.....	207
Bibliographie.....	208
Index.....	212
Crédits	214
Table des matières	215

Avant-propos

Montessori en orthophonie, une démarche expérimentale

Le Dr Maria Montessori a révolutionné l'éducation et surtout la **représentation de l'enfant**, à une époque où celui-ci subissait le monde des adultes qui le considérait comme une miniature à façonner à son image. Forte de sa formation scientifique et de son insatiable curiosité, la « Dotoressa » a porté son regard sur les enfants de tous les continents du monde, elle s'est attachée à décrire les conditions de leur développement et à trouver les moyens de leur donner la possibilité d'accéder à leur plein potentiel en toute autonomie. Ses observations se sont d'abord portées sur des sujets qu'elle qualifiait d'« **enfants déficients** », et sur lesquels on pourrait vraisemblablement poser aujourd'hui des diagnostics de handicaps neurodéveloppementaux, selon le DSM 5, 2016 (troubles intellectuels, troubles du langage, troubles spécifiques des apprentissages, troubles de l'attention, troubles de la coordination, etc.), à moins que ce ne furent des enfants abandonniques ou souffrant de troubles du comportement.

Ses propositions visaient à les accompagner dans leur développement, et devant les résultats probants de l'époque, elle fut convaincue que les solutions devaient donc être plus éducatives que médicales.

Aujourd'hui, le nom « Montessori » est présent à la fois dans des publications scientifiques et dans les rayons des librairies ou des magasins qui proposent des ouvrages, des méthodes diverses et autres « jeux » estampillés de cette appellation. On le retrouve aussi sur les réseaux sociaux, dans des blogs, des sites, des comptes Instagram et au cœur de querelles médiatiques. Parallèlement à cette mode portant sur un matériel prometteur, de nombreuses écoles et ateliers pédagogiques font valoir une manière différente d'accompagner les enfants dans leurs apprentissages, plus généralement comme une « aide à la vie ». Souvent cité bien avant toute immersion théorique, le « **matériel Montessori** » **semble vendre du rêve** ; il apparaît comme une solution à mettre dans les mains des enfants pour que s'opère un changement, voire une révolution.

L'orthophoniste est un professionnel de santé qui dispense des soins à des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis. Il contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient, ainsi qu'au **rétablissement d'un rapport confiant à la langue**. Dans ce cadre, il exerce en toute indépendance, établit en autonomie son diagnostic et décide des soins orthophoniques à mettre en œuvre (d'après un extrait du Code de la santé publique, titre IV, chap. I, article L4341-1).

Dans ce contexte, l'orthophoniste qui travaille auprès d'enfants ou d'adolescents peut se poser la question de l'intérêt d'utiliser le matériel Montessori dans ses séances de rééducation ou de prise en soins, d'autant que des facultés d'enseignement en orthophonie proposent désormais des travaux dirigés ou des interventions courtes allant dans ce sens, dans le cadre de troubles des apprentissages mathématiques par exemple. L'orthophoniste travaillant auprès de séniors peut également envisager d'orienter de la sorte son travail, puisque le Pr Cameron J. Camp a adapté la démarche Montessori initialement proposée aux enfants à l'accompagnement de personnes âgées présentant des troubles dégénératifs. Le thérapeute orthophoniste, libre d'exercer son art en toute autonomie, dans un souci d'obligation de soins, a toute légitimité de s'intéresser aux travaux du Dr Montessori, qui fut, à sa manière, une « rééducatrice », avant d'être une très grande pédagogue; mais il doit comprendre qu'il s'agit surtout de **se remettre en question dans sa posture même de thérapeute**, bien avant de faire les brocantes en quête de matériel dit « de vie pratique », de passer commande de toute une série de matériels d'éducation sensorielle, ou d'acheter de belles chaînes de perles colorées!

Ce livre a pour objectif de présenter aux lecteurs orthophonistes les **observations cliniques orthophoniques issues d'une démarche expérimentale** de plus de 16 années, réalisée en pédopsychiatrie, puis au sein d'un cabinet libéral.

À l'heure où nous venons de fêter les 150 ans de la naissance de Maria Montessori, je vous propose de découvrir ou d'approfondir vos connaissances sur ses apports théoriques, mis en lien avec les données de la recherche probante actuelle et versés à la clinique orthophonique. Nous parcourrons les différents fondements qui enrichiront la posture même du thérapeute orthophoniste, éléments théoriques absolument indispensables avant même d'envisager l'utilisation d'un « **matériel Montessori** », **qui sans cela n'est d'aucune utilité**.

Placé dans un **cadre** thérapeutique posé et maintenu, fort d'une **observation** de qualité, nous pourrions alors définir des **objectifs** orthophoniques adaptés, nous tourner vers nos étagères et choisir, puis utiliser tel ou tel matériel Montessori en connaissance de cause. Nous oserons pratiquer en silence l'art des présentations, puis proposer à notre patient de choisir lui-même, puis de travailler, de retravailler et de retravailler encore, immergé dans certaines libertés. Nous inviterons les parents ou les aidants de nos patients en séance, leur donnant à observer nos propres comportements ou nos propositions de travail à reprendre **au quotidien**. Je vous proposerai donc un glissement du terme de « prise en soins » à celui de « **ré-éduc-action** », ainsi que des adaptations pratico-pratiques, directement utilisables comme levier de travail clinique.

Première partie

présentation théorique

Chapitre 1

Une démarche expérimentale

Pourquoi Montessori en orthophonie ?

Nous sortons de notre formation initiale d'orthophonistes bardés de connaissances théoriques balayant tous les domaines de la communication, que nous serons ensuite amenés à rééduquer de la naissance à la fin de vie de nos patients, mais souvent bien mal outillés pour faire face au quotidien dans lequel chaque patient est une personne si différente des autres !

Depuis presque 25 ans, une **série de doutes et de remises en question** m'assaillent dans cette profession :

- impression de **syndrome de l'imposteur** face à l'ampleur des situations qui nous attendent ;
- **sentiment d'incompétence** face à certaines pathologies ;
- **sentiment de vertige** face à tout ce que l'on aura encore à apprendre pour se sentir à l'aise pour exercer notre art de manière généraliste ;
- questionnement autour de la **spécialisation** : est-il concevable d'être capable de recevoir tout patient qui viendra frapper à la porte de notre cabinet ? Comment pratiquer notre art dans ce labyrinthe de techniques, d'idées théoriques, de champs de compétences, et même de terminologies mouvantes ?

Les **modèles théoriques** proposés par la recherche pour expliciter tel ou tel fonctionnement cognitif chez l'enfant ont d'abord été issus de ceux proposés pour décrire le fonctionnement pathologique chez l'adulte. Nous pouvons maintenant trouver des modèles de développement issus de la recherche actuelle sur les enfants. Des doutes peuvent néanmoins persister...

- N'est-ce pas réducteur d'utiliser ces schémas illustrant des cerveaux « terminés à un temps T », alors que les enfants et adolescents sont en cours de développement, pris dans une forme de **continuum** dont il est possible que les variations interindividuelles soient nombreuses ?

- Comment proposer des **rééducations ciblées et efficaces** lorsque les listes d'attente s'allongent de manière extraordinaire et que l'on peut être tenté de prendre le plus de patients possible, une seule fois par semaine ?
- Les « méthodes » de rééducation **fiables et probantes** existent-elles ? Où les trouver ?
- Que penser aujourd'hui de ces cohortes d'enfants qui semblent coupés de leur besoin de mener des expériences sensorielles dans le monde réel, coupés de la **manipulation** dans leur vie quotidienne et scolaire ?
- Que penser du manque cruel de possibilité de **modélisation du langage oral** de la part de professeurs de classe maternelle face à des classes surchargées d'élèves ?
- Que penser de l'enseignement trop souvent inexistant du **geste d'écriture**¹, précédé de la préparation de la main à cet exercice, alors qu'il devrait être considéré comme la base de toute production écrite et met le patient en situation de surcharge cognitive s'il doit d'abord penser à « comment écrire » alors qu'il doit penser à « quoi écrire » ?
- Existerait-il un trouble que l'on pourrait nommer « **dys-pédagogie** » ?
- Que penser de ces enfants qui arrivent désormais dans nos cabinets avec une demande parentale relayant la **plainte de l'école** pour « troubles de l'attention » ou « hyperactivité », alors que les environnements scolaires et familiaux les placent depuis leur plus jeune âge en situations de « multitâche », multipliant les entrées sensorielles : auraient-ils construit un mode de fonctionnement fondé sur l'**évitement** face à un tel réseau de stimulations ?

N. B. : Bien entendu, ces questions ne seront pas posées ici à titre de **sophismes**, tant les biais de pensée seraient nombreux, elles reflètent seulement l'état de mes **réflexions** à une époque et servent à illustrer le propos de ce livre. Les orthophonistes ont le devoir de se tenir informés des avancées en termes de recherche probante sur les modèles théoriques ou sur les propositions rééducatives, et de revoir leur copie devant les changements de terminologies ou les nouvelles propositions rééducatives, par exemple.

Depuis ma formation initiale d'orthophoniste en 1996, je n'ai eu de cesse de continuer à me former au long cours, particulièrement dans les **domaines des troubles du langage et des troubles des apprentissages** qui me passionnent depuis que j'ai eu cette idée saugrenue de devenir orthophoniste. Durant près de 15 ans, en pédopsychiatrie, j'ai reçu en consultation des enfants et des adolescents en grandes difficultés sur le plan du langage oral et écrit, mais je me suis dès le départ opposée à l'utilisation du terme « **rééducation** », car je ne le trouvais pas du tout approprié à ce que je pouvais proposer. J'avais eu une expérience professionnelle

¹ L'expression renvoie au livre éponyme de Danièle Dumont, *Le Geste d'écriture* (Paris, Hatier, coll. « Enseigner à l'école primaire », 3^e éd., 2016).

en neurologie avec des adultes ou des personnes âgées ; parler alors de **rééducation** prenait sens puisqu'il s'agissait d'accompagner une personne adulte à **rétablir** son rapport au langage.

J'ai adopté pour un temps le terme « remédiation », mais il continuait de m'apparaître flou, m'invitant tantôt dans le champ de la médecine (« Bon médicament a mauvais goût ! »), tantôt dans celui de la psychologie (« Le remède est pire que le mal... »).

Dans le champ de l'orthophonie, nous parlions à l'époque de « **prise en charge** » (expression littéralement fatigante, comme le souligne d'un clin d'œil Françoise Dejong-Estienne dans ces formations !), puis est apparue la « **prise en soins** » (« Ça se soigne, ça, la parole ou l'orthographe ? »). Dans le service où je travaillais, il était convenu de recevoir les enfants **sans les parents** pour travailler sur la séparation et la frustration d'où naît le langage, puis différentes postures ont été proposées aux parents dans le soin orthophonique : la « guidance parentale », dans laquelle l'orthophoniste donne des conseils, ou encore l'« accompagnement parental » ou le « partenariat parental » (Gonnot et Périchon, 2021). Dans notre NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), pour certaines pathologies, nous sommes passés de séances de 45 minutes à des séances de 30 minutes, à raison d'une séance par semaine :

- Quel est donc l'**impact** de la rééducation que je propose à ce jeune patient de 4 ans, quand je suis convaincue que le langage se construit, se travaille et devient plus précieux tout au long de la journée, au sein même de la situation de communication ?
- Le préfixe « ré » pourrait-il signifier « **répétition** », donc fréquence, donc modification de la dose proposée au patient ? Les études scientifiques portant sur les effets de traitements intensifs proposent de prendre en compte quatre variables que sont la variation de la fréquence – nombre de séances par semaine –, la variation de la durée totale d'intervention – nombre total de séances –, la variation de la durée de chaque séance, et enfin la variation de la « dose » elle-même – quelle activité a été réalisée ou quel support utilisé au cours des séances ? Était-elle ciblée ? Était-elle mesurée ? Comment était-elle distribuée dans la séance (Leverrand, 2019) ?

Je n'ai jamais été une **orthophoniste vraiment « joueuse »** : même si j'ai bien conscience que l'enfant ou l'adolescent est motivé par une situation ludique et que le jeu entre pleinement dans la construction et le développement, même si j'achetais pléthore de boîtes de « jeux de rééducation », ou même si je cherchais des idées d'adaptation à partir de jeux du commerce. Dans ma représentation de ce rôle de « remédiatrice », j'avais parfois du mal à justifier ce choix auprès de mes stagiaires ou de parents en questionnement. Parfois même, face à une boîte de jeu de rééducation, je me sentais perdue devant l'étendue des objectifs visés et l'amplitude des âges concernés :

- Qu'est-ce que ce matériel cible vraiment ?
- À quelle tranche d'âge est-ce destiné ?
- Comment puis-je m'en servir dans mes objectifs thérapeutiques ?

Et puis, détail crucial : jouer, c'est bien beau, mais... je n'aime pas perdre !

Par ailleurs, j'ai toujours été particulièrement intéressée par les formations ou les propositions de mes professeurs ou collègues « **à contre-courant** ». Certaines d'entre elles m'ont profondément « impressionnée », pour reprendre un concept cher à Maria Montessori :

- Jacqueline Maqueda, orthophoniste, professeur à l'ITR de Lyon, dispensait, entre autres, des TD de musicothérapie. Elle décrivait son rôle en utilisant le terme « **hortho-phoniste** » : comment accompagner au mieux ce « patient-plante » qui nous arrive dans son « terreau/pot-environnement (familial/social/scolaire) » ?
- Françoise Dejong-Estienne, orthophoniste, formatrice et auteur de nombreux livres destinés à la rééducation, donnait de précieux conseils pour éviter l'**erreur de positionnement** et la surcharge de travail lorsque l'on « prend en charge » ses patients.
- Bernadette Gueritte-Hess, qui commençait ses formations en rééducation des mathématiques par un long moment de **présentation sans aucun langage**. Elle se contentait de nous sourire et écrivait au tableau dans une belle écriture calligraphiée : « Bonjour, je m'appelle Bernadette et je ne parle pas ! »
- Je me souviens aussi de cet article dans *Orthomagazine*, où un confrère expliquait que nous devions éviter le « syndrome du pied de tomate », c'est-à-dire œuvrer dans le sens d'amener notre patient, quelles que soient ses difficultés, à **être autonome avec ses symptômes**, sans s'accrocher à nous comme le pied de tomate fait corps avec son tuteur et ne peut absolument pas en être détaché sans risque d'effondrement... Cette notion rejoint directement la demande de l'enfant dans les écrits de Maria Montessori, lorsqu'il nous dit : « **Aide-moi à faire seul** », et : « Suis-moi. »

Une donnée épidémiologique me hante littéralement depuis que je l'ai lue dans la première édition de l'ouvrage de Michel Habib *La Constellation des dys : bases neurologiques de l'apprentissage et de ses troubles* (De Boeck, 2014, p. 219) : « Le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) représente le plus fréquent des troubles neurocomportementaux de l'enfant. C'est également, parmi les affections chroniques qui peuvent toucher les enfants d'âge scolaire, l'une de celles dont la prévalence est la plus forte. Les enfants TDAH peuvent souffrir d'un handicap significatif dans divers domaines, difficultés scolaires, limitations académiques [...]. Le TDAH est significativement associé (comorbidité – je préfère le terme **concomitance**) [...] aux diverses formes de troubles spécifiques d'apprentissages (par exemple, **25 à 30 % des enfants souffrant de troubles du langage souffrent également d'un trouble de l'attention**). »

Est-il raisonnable de proposer une remédiation du langage oral ou des troubles des apprentissages sans passer préalablement par une phase de « travail » sur l'attention ou au moins de prendre en compte ce possible trouble d'attention dans mes séances ?

Enfin, depuis quelques années, je constate aussi que les **fonctions exécutives** chez l'enfant ou l'adolescent deviennent prégnantes dans les publications scientifiques ou sont à la une de certains congrès professionnels, alors que ce sujet n'avait pas du tout été abordé lors de ma formation initiale.

Qu'en est-il de ces fonctions exécutives et surtout, comment les évaluer et les prendre en compte dans mes prises en soins ?

Une observation curieuse de l'enfant neuro-typique

Un enfant baignant depuis sa naissance dans un environnement favorable à son développement, ne présentant aucun trouble sensoriel, moteur ou intellectuel :

- **est curieux par nature** : cette curiosité va alimenter son énergie à chercher à observer, se poser sur le plan attentionnel, se concentrer sur sa tâche d'« ouvrier » pour comprendre, faire des liens, etc. À l'heure de sa construction du langage, d'ailleurs, on l'entend poser sans cesse la même question « C'est quiiiiiii?! », demandant là à l'adulte qui est avec lui d'étiqueter le monde autour de lui, ce qui contribue à enrichir son lexique ;
- **va « cent fois sur le métier remettre son ouvrage »**, car :
 - il a le **goût inné de l'effort** sans se démobiliser à la moindre erreur, voire au contraire (ex. : le tout-petit qui va se mettre debout et marcher, le jeune enfant qui se donne pour mission de déplacer les objets les plus lourds possibles) ;
 - il aime faire des **prédictions**, observer le résultat, modifier, s'adapter (Stanislas Dehaene parle, dès le plus jeune âge, de « bébé statisticien » ou de « bébé bayésien »), c'est-à-dire qu'il observe des événements dans le monde qui l'entoure, qu'il va accumuler des objets statistiques et va en quelque sorte calculer des probabilités, tel un chercheur en herbe (Dehaene, 2018, p. 88-89 et 105) ;
 - il a une **motivation endogène** (Deci et Ryan, 2008) qui l'incite à penser, agir et se développer, le porte à refaire en étant absorbé et ne plus tenir compte du temps qui passe. En opposition, on parle de motivation exogène qui vise la personne à agir en pensant au cadeau promis en retour, ou au commentaire positif attendu, ou encore par crainte de la sanction, etc. ;

- **perçoit le monde grâce à ses sens** (Aristote: « Rien n'est dans l'entendement qui ne soit auparavant passé par les sens ») et a un besoin irrésistible de mouvement;
- **n'a pas le même rapport « écologique et économique » au travail que l'adulte**: l'enfant aime travailler, il peut commencer quelque chose, mais cheminer autrement que l'adulte le ferait, paraître même « inattentif », ressentir la fatigue et faire une pause. Ce « travail » n'est pour lui pas associé à une activité pesante, obligatoire, que l'adulte s'oblige à terminer en pensant à la période de « non-travail » qui suivra et lui apportera, elle, satisfaction et détente. Parmi les enfants que j'ai pu observer en atelier pédagogique Montessori, je me souviens tout particulièrement de Thaïs, accomplissant l'activité nommée « *the forty-five lay out* » (« les 45 étendues » ou « aller d'un bout à l'autre du système numérique »), qui lui a pris un temps conséquent et a occupé davantage d'espace au fur et à mesure des manipulations. Quand elle s'est aperçue que j'observais son travail, elle m'a dit: « Tu as vu, j'ai fait un travail tellement grand qu'il faut cinq tapis ! » Je pense aussi à Alice qui est entrée dans l'atelier pédagogique et est venue me dire: « J'ai prévu plein de "*travails*" dans la voiture, je les ai préparés dans ma tête ! »;
- **a confiance en lui, si l'adulte lui fait confiance lui-même (cercle vertueux)**: il a besoin d'être baigné dans un environnement aimant, respectant son temps et ses rythmes d'enfant, dans lequel la qualité des liens sera fondamentale pour créer l'étiayage indispensable du langage, par exemple. Paradoxalement, « il a besoin de découvrir par lui-même, mais avec l'aide de l'autre » (Alvarez, 2016, p. 72); « son "logiciel" est extrêmement performant, mais il a besoin de l'autre pour le faire fonctionner » (*ibid.*, p. 73);
- **développe son langage sans avoir besoin de « leçons » particulières** (ce qui ne sera pas le cas des mathématiques ou du langage écrit, plus tard), c'est une absorption implicite;
- **possède un réseau de fonctions exécutives** puissantes, substrat indispensable aux adaptations et aux apprentissages futurs.

Globalement, les enfants ou adolescents que nous recevons en orthophonie ont éteint leur flamme de la curiosité, ils « zappent » (« attention limitée », « troubles de l'attention »), ils ne « prennent » pas le langage dans leur environnement, ne pointent pas inlassablement les choses, les animaux et les personnes en attendant que l'adulte nourrisse leur lexique en nommant le monde, ils n'ont pas ce questionnement à l'égard du langage écrit (« Comment on lit/écrit ? », « Mais en fait, comment ça s'écrit ? »), ils semblent continuellement débordés par des situations de double tâche cognitive.

Un véritable « reformatage » de ma pensée professionnelle

J'ai entrepris en 2004 une formation Montessori, presque par hasard, à raison d'un dimanche par mois durant une année. Piquée par la curiosité d'approfondir ce que je commençais à toucher du doigt, je l'ai poursuivie sous forme de semaines entières, visitant au long cours les périodes d'apprentissage concernant les enfants de 3 à 6 ans, puis de 6 à 12 ans, puis enfin de 0 à 3 ans. Enfin, j'ai réalisé aussi un stage pratique d'une année scolaire dans une école Montessori dans le but d'observer durant de longues heures des enfants neuro-typiques (mais pas seulement) au travail dans ces environnements, puis de m'entraîner à l'art des présentations*².

Dès le premier week-end de ma toute première formation, j'ai décidé de **modifier l'aménagement** de mon cabinet, au sein de l'institution dans laquelle je travaillais, et d'y apporter du matériel nouvellement acquis. J'ai posé le cadre d'une nouvelle manière d'aborder mon patient, sa famille, et **ma posture d'« orthophoniste montessorienne »**; d'essais totalement empiriques à l'élaboration de séquences-types de travail en rééducation, j'avançais dans cette démarche, au sein de mon cabinet-laboratoire.

C'est le fruit de plus de 15 années d'empirisme et de démarche expérimentale que je propose ici.

Avec une conscience scientifique, j'ai choisi, dès le départ, de noter les essais et les observations que je faisais, de filmer des séances avec l'accord des parents, d'approfondir mes intuitions dans les livres du Dr Maria Montessori et de faire des liens avec la littérature scientifique, selon les thèmes que je souhaitais aborder. Au bout de quelques mois, après le chamboulement physique de l'espace de mon cabinet, j'ai ajouté des modifications :

- dans mon **cadre thérapeutique**, en ce qui concerne l'ajout de points cliniques à mon évaluation orthophonique (le fameux « bilan ») ;
- dans l'**accueil des parents** en séances ;
- dans ma manière de mener mes séances ou de **me laisser mener par les patients**, et même de leur laisser expérimenter des **libertés** ;
- et dans ma manière de considérer **mes objectifs thérapeutiques** ;

Ayant déjà l'expérience du travail thérapeutique en groupe depuis de nombreuses années, j'ai également décidé d'intégrer mes nouveaux principes dans ces groupes proposés à de jeunes enfants – « retard ou troubles articulation-parole-langage », à l'époque – ou à des enfants plus âgés – logothérapie de groupe (Dejong-Estienne et Hostie, 1983) et « chantiers d'écriture ».

² Les termes signalés par un astérisque seront explicités tout au long des chapitres à venir et mis en contexte avec des aspects pratiques de notre profession.

Quittant mon poste en pédopsychiatrie, j'ai ouvert en 2012 mon propre cabinet libéral, avec l'intention précise de me focaliser sur les troubles du langage et des apprentissages et d'utiliser quasi systématiquement les apports théoriques et les matériels du Dr Montessori. En parallèle de ces observations au sein de mon nouvel espace de travail, j'ai endossé durant plusieurs années une seconde casquette professionnelle en proposant, dans un cadre associatif et bénévole, des **ateliers pédagogiques Montessori**. J'accueillais de manière hebdomadaire des enfants de 3-6 ans durant 1 heure 30 et je proposais durant les vacances scolaires des stages de groupe portant sur les sciences, les mathématiques et la grammaire – les enfants avaient de 4 à 7 ans et de 8 à 12 ans.

Ces deux propositions m'ont permis sur plusieurs années de continuer d'affiner ma posture d'adulte, de travailler mes présentations de matériels et d'enrichir mes observations d'enfants au travail. J'ai aussi ouvert les portes de ces ateliers à des parents, puis à des collègues orthophonistes à qui je proposais depuis quelques années une formation dans ce domaine ; je pouvais ainsi observer les rapports de ces adultes avec les enfants stagiaires, comment ils se plaçaient, aussi bien sur le plan physique que sur le plan de leur disponibilité psychique, comme la possibilité de lâcher-prise face à l'irrésistible envie d'aider ou de « faire à la place » de l'enfant qui semble être en difficulté.

Depuis six ans, je propose aussi une **formation** au cours de laquelle les stagiaires enrichissent eux-mêmes le groupe de manière transversale, par leurs questions et les échanges sur leurs pratiques, tout en accompagnant ces moments de mes éclairages théoriques.

Enfin, plusieurs étudiantes en orthophonie ont apporté leur pierre à cet édifice de recherche par leurs **mémoires** sur le sujet, lesquels apportent des conclusions intéressantes qui pourraient être approfondies ultérieurement.

Un processus expérimental au long cours

L'ensemble de ces adaptations formalisées, en regard de mes doutes et remises en question précédemment cités, me permettent désormais de considérer que je fais le **choix clinique** :

- a) dans mes **évaluations orthophoniques**, de m'accompagner des notions de périodes sensibles* et de plans de développement*, tout en pensant à celles de la *hormè** et de la *mnémè**, mais aussi d'ajouter des observations purement cliniques issues de mises en situation sur la base des présentations montessoriennes ;
- b) de poser mon « ambiance », c'est-à-dire mon **cadre thérapeutique** « rigoureux, mais pas rigide » (selon les mots d'Isabelle Bobillier-Chaumont,

orthophoniste et formatrice), dans lequel je vais proposer des « **ré-éduc-actions**³ » **orthophoniques**. Ces « ré-éduc-actions » constitueront un temps suspendu dans lequel il m'arrivera de ne pas parler du tout (un comble, pour une orthophoniste !) ou peu (préférer la « douche de langage » au « bain de langage » dans lequel l'individu pourrait se noyer !), tout en alternant des périodes « intensives » et des temps de pauses thérapeutiques. Je veillerai aux **trois piliers montessoriens** (ma préparation intérieure, la qualité et la préparation de l'environnement dans lequel j'accueille mon patient, et la qualité du matériel choisi et adapté à l'orthophonie). L'**observation** sera mon leitmotiv, ce qui signifie que je proposerai à mon patient des situations de ré-éduc-action dans lesquelles il peut aller vers de plus en plus d'autonomie de travail, avec ses symptômes. Dans cette **posture**, j'inclus aussi la **liberté de choix**. Je leur explique donc d'emblée qu'ils vont venir faire une ré-éduc-action orthophonique, et je leur définis ce terme que j'ai formalisé, d'après celui de l'orthophoniste, enseignant-chercheur et formateur Alain Ménissier, qui utilise, lui, le concept de « rééduc-action », tout en reprenant les principes montessoriens :

1. encourager la **répétition** : en séance, « cent fois sur le métier nous allons remettre notre ouvrage » et, dans la mesure du possible, grâce aux parents, des reprises à la maison ;
 2. accompagner mon patient sans faire à sa place : étymologiquement, **éduquer**, c'est conduire, mener sur le chemin de la connaissance, des progrès (l'esclave qui accompagnait l'enfant à l'école s'appelait « éducateur ») ; le matériel et notre posture de thérapeute contribuent à cet accompagnement en veillant à favoriser l'utilisation des fonctions exécutives et en évitant autant que possible d'aider/entraver le développement ;
 3. utiliser au maximum la main et le mouvement, dans l'**action** : nous allons littéralement mettre les mains dans le matériel et nous déplacer le plus souvent possible.
- c) d'inviter systématiquement les **parents**⁴, dès l'évaluation orthophonique, à la fois pour leur proposer d'essayer cette posture particulière d'observateur de leur enfant dans laquelle leurs interventions seront ciblées et souvent réduites, et pour encourager et guider une reprise au quotidien (peut-on parler de coaching orthophonique ?). Œuvrer le plus précocement possible à la constitution d'une **alliance thérapeutique** avec le patient lui-même (selon son âge et ses capacités bien sûr), les parents ou la famille du patient, équipe

³ Ce glissement de sens suggère le fait que proposer une « prise en charge » à mon patient risque de m'engager à trop faire à sa place, trop le seconder. Maria Montessori parle de « entraves au développement* ».

⁴ L'orthophoniste intéressé par le sujet du travail avec les parents est invité à découvrir le concept de « partenariat parental » (Gonnot et Périchon, 2021).

indispensable pour permettre le relais dans le quotidien, convaincue que ce ne sont pas mes propositions thérapeutiques une fois par semaine une demi-heure qui vont permettre quelque évolution que ce soit (ce qui donne toute sa valeur au mot racine «éduc», de «ré-éduc-action»);

- d) de penser mes **projets thérapeutiques** d'abord à partir des aptitudes de mon patient et en fonction des prérequis, puis des symptômes, en veillant toujours à observer ses réactions et sa plainte. Parmi ces objectifs: «donner les moyens à mon patient de redorer son blason» et de «rallumer la flamme de sa curiosité», lui permettre de découvrir dès la première séance de bilan certaines de ses potentialités et passer d'un avenir d'échec à un avenir de réussite, tout en lui proposant du matériel autocorrectif afin de lui permettre de reconstruire sa confiance en lui, voire son estime de lui-même, et pouvoir renouer avec le plaisir de prendre conscience de l'erreur comme une source d'évolution;
- e) d'avoir à l'esprit les notions montessoriennes de **déviances*** et de **périodes sensibles*** lorsqu'il est question d'un symptôme, afin de replacer ce dernier dans une optique psychodynamique;
- f) de susciter au maximum chez mon patient des **notions chères à Maria Montessori**, telles que la possibilité de choisir ce qu'il va faire, où et comment il va s'installer (les libertés*), la répétition, la motivation, la polarisation de l'attention* et du travail, dans un contexte bercé de routines, visant ce qu'elle nommait les fonctions mentales (fonctions exécutives; «entre 0 et 6 ans, l'enfant est doué d'une sensibilité et de fonctions mentales* rares pour assimiler et apprendre de leur environnement»):
 - y a-t-il un risque à oser laisser choisir le patient?
 - y a-t-il un risque à oser changer de paradigme en ce qui concerne la relation thérapeute/patient? («Si je le laisse choisir, il va prendre le jeu le plus facile», «Comment faire avec ceux qui n'ont pas d'envie?», «Et s'il en met partout ou ne fait pas comme je lui ai montré?», «Je ne vais quand même pas le laisser faire ce qu'il veut?!», etc.);
 - permettre à mon patient de retrouver le plaisir naturel de «maintes fois sur le métier remettre son ouvrage», c'est-à-dire **renouer avec la répétition** (qui donne toute sa valeur au préfixe «ré» de «rééducation»);
 - proposer des **séances le plus ritualisées possible**, convaincue de l'importance de la période sensible de l'ordre, à la fois car «c'est en construisant l'ordre extérieur que l'enfant construit son ordre intérieur», et car, ce faisant, il élabore ses fonctions exécutives, notamment la planification et la mémoire, mais aussi peut se permettre peu à peu d'avoir un contrôle inhibiteur sur ce qu'il fait/dit. Parmi ces rituels, j'ai repensé et adapté l'utilisation du **tapis**;

g) d'utiliser un **matériel**, sensoriel et manipulable, qui soit purement issu des travaux de Maria Montessori ou adapté dans le cadre de mon cabinet d'orthophonie et qui s'attachera à appartenir à un **continuum** d'activités de ré-éduc-action, à **isoler les concepts** travaillés**, à suivre une progression**, à s'adapter à la période sensible ou du moins à la période propice du patient. Selon les domaines de l'ensemble de la proposition Montessori, voici quelques exemples :

- **le matériel dit de « vie pratique »** sollicite, entre autres, une polarisation de l'attention, le raffinement de la coordination œil-main et de la motricité fine, mais, par extension, une proposition directe de travail de la chronologie, a posteriori après manipulation (nous verrons une utilisation en histoires séquentielles) ;
- **le matériel dit d'« éducation sensorielle »** permet, entre autres, également la polarisation de l'attention, le raffinement des sens, mais aussi l'éveil de la curiosité et de la recherche des éléments variants au milieu de l'invariance, ainsi que la possibilité d'isoler des concepts à travailler sous forme de prérequis. Ce matériel m'a également donné un levier exceptionnel en ré-éduc-action du langage oral, grâce au travail proposé *via* le sens stéréognosique (nous verrons l'utilisation des sacs ou de la boîte stéréognosiques pour déclencher l'expression et plus tard pour enrichir le lexique, à l'oral et à l'écrit) ;
- **le matériel de langage nommé « la ferme »**, dont je propose une adaptation à la ré-éduc-action orthophonique, permet un travail précis et rigoureux sur le plan linguistique ;
- **l'activité nommée « leçon en trois temps », ainsi que celle nommée « leçon en cinq temps »** permettent au patient de travailler sur le plan du stock et de l'accès lexical, tant à l'oral qu'à l'écrit, en ayant une démarche rigoureuse qui pourrait amener aussi à l'établissement de lignes de base (concept de la pratique basée sur les données probantes : Maillart et Durieux, 2014, p. 71-82) ;
- **la progression montessorienne en langage écrit** correspond parfaitement aux données probantes de la recherche actuelle sur le développement de la lecture et donc la remédiation des troubles du langage écrit ;
- **le matériel de grammaire**, que j'ai complètement repensé et adapté à la double contrainte de la langue française et de la ré-éduc-action orthophonique, utilise le levier du circuit vertueux de la motivation, grâce à l'utilisation d'un matériel attrayant, manipulable et particulièrement progressif, tout en ôtant le risque de surcharge cognitive due à l'écriture ;
- **le matériel de « culture »** renferme une grande ressource en termes de travail de l'adressage en lecture, de la lecture-compréhension, de l'enrichissement lexical (ex. : les cartes de nomenclature en trois et cinq parties), ainsi

que dans le travail des notions de chronologie, séquentialité, ou de structures logiques et de raisonnement, toujours en lien avec la « vraie vie » ;

- enfin, **le matériel de mathématiques** sera d'une grande richesse et d'une parfaite progressivité dans le domaine de la rééducation des TSAp (troubles spécifiques des apprentissages avec déficit du calcul, DSM 5, 2013, appelés aussi TAM – troubles des apprentissages mathématiques ou dyscalculie), puisqu'il invite l'orthophoniste à cheminer de manière extrêmement fine. Il permet d'avancer en isolant le concept travaillé, depuis les aspects concrets jusqu'aux aspects abstraits, à travers les habiletés numériques de base, le système décimal (principes de regroupements, puis d'échanges, pour aboutir aux équivalences numériques, les transcodages), la ligne numérique mentale, les opérations, etc., tout en étant en parfaite synchronie avec le modèle du triple code de Stanislas Dehaene (Dehaene, 1992, p. 31), les principes de Rochel Gelman et Charles R. Gallistel⁵, ou encore le modèle développemental de Michael G. Von Aster et Ruth S. Shalev⁶ ;
 - utiliser **les manipulations et les déplacements** le plus souvent possible, dans la liberté d'installation.
- h) d'inviter « Mme l'Erreur » à notre tapis, en la reconnaissant, pour mettre en œuvre notre flexibilité mentale et « chercher des solutions » devant le problème ainsi mis en évidence ;
- i) de proposer du **travail thérapeutique de groupe**, pour compter sur les dynamiques de groupe, les échanges entre pairs ;
- j) de veiller à remettre les intuitions et propositions de Maria Montessori en contexte avec des **données actuelles de la recherche**, incluant par exemple les notions de plasticité cérébrale largement influencée par l'exposition à des expériences répétées, ou de neurones miroirs qui seront contactés lors des présentations faites au patient ou lorsque les parents assistent aux séances, mais aussi les fonctions exécutives, l'attention, ou le circuit dopaminergique de la récompense ;
- k) d'utiliser l'ensemble de points fondamentaux et du matériel dit « didactique » également auprès de patients adultes et âgés, en reprenant par exemple les travaux du Pr Cameron J. Camp, psychologue américain qui propose d'adapter la pensée de Maria Montessori à la prise en soins des patients souffrant de pathologies dégénératives (Camp, 2019).

⁵ Gelman, R., et Gallistel, C. R., *The Child's Understanding of Number*, Harvard University Press, 1978, chap. 8.

⁶ Von Aster, M. G., et Shalev, R. S., « Number development and developmental dyscalculia », *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 49, 2007, p. 868-873.

Des outils pour la pratique clinique

L'ensemble de ce livre est conçu de manière à plonger le lecteur orthophoniste dans une **longue démarche expérimentale** qui pourra nourrir sa pratique clinique sur le plan de la posture, incluant le cadre et le choix du matériel, mais aussi l'éclairer grâce à des liens établis avec les **données probantes actuelles**.

Si Maria Montessori a fondé toute son approche sur l'observation d'un très grand nombre d'enfants, elle ne bénéficiait pas, à son époque, d'études telles qu'elles sont élaborées aujourd'hui dans le but de dégager des preuves, grâce à des essais contrôlés randomisés, *via* des appareils hautement technologiques permettant de visualiser le cerveau au travail ou grâce à des synthèses méthodiques (revues systématiques de la littérature).

Dans leur article « *L'evidence-based practice* à portée des orthophonistes : intérêt des recommandations pour la pratique clinique » (Maillart et Durieux, 2014, p. 71-82), les autrices écrivent que « le clinicien devrait recourir aux meilleures données actuelles afin d'optimiser ses prises de décisions » (*ibid.*, p. 73). Dans ce cadre, « la démarche *evidence-based practice* (EBP), littéralement “pratique fondée sur des preuves”, a pour objectif d'aider le clinicien à optimiser ses choix thérapeutiques en s'appuyant sur des **données objectives issues de la recherche** tout en tenant compte de la situation clinique », cette démarche lui demande de construire ses interventions et de les appuyer sur les preuves qu'il trouve dans sa lecture de la recherche scientifique. « De façon complémentaire, le clinicien devrait également **évaluer lui-même l'efficacité des actes thérapeutiques qu'il pratique** [...] il peut travailler selon une méthodologie test-retest, ou utiliser des mesures critériées (établir un seuil à atteindre) ou encore utiliser la méthodologie des lignes de base (construire au cas par cas des mesures ciblées sur l'intervention) » (*ibid.*, p. 74). Cette seconde méthodologie est appelée *practice-based evidence* (PBE), preuve fondée sur la pratique, elle s'appuie sur trois composants essentiels : 1) l'expérience personnelle du clinicien et ses connaissances théoriques – lui permettant de faire les choix pratiques les plus appropriés ; 2) la pratique réflexive – les connaissances issues de la pratique ; 3) l'évaluation de sa pratique.

L'article « Les apports de l'*evidence-based practice* et de la *practice-based evidence* : du bilan initial à l'autoévaluation du clinicien » (Cattini et Clair-Bonaimé, 2017, p. 109-145) propose en plus la nouvelle modélisation de G. L. Lof (2011) qui remplace les preuves internes (l'expérience clinique) par la PBE. L'EBP se retrouve donc au carrefour de la PBE, des preuves externes et des préférences du patient. Les deux autrices rappellent aux orthophonistes l'importance de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), définie par la HAS (Haute Autorité de santé) comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

L'approche Montessori en orthophonie

Prise en soins des troubles
du langage et des apprentissages

Un outil concret de prise en soin à l'attention des patients ayant des troubles du langage et/ou des apprentissages.

L'orthophonie est un champ tout indiqué pour l'application de l'approche Montessori : l'orthophoniste est non seulement thérapeute, mais aussi accompagnateur du patient, de sa famille et des aidants. Dans ce livre, l'orthophoniste trouvera des applications pratiques pour :

- **enrichir son observation clinique** et la conjuguer à **des objectifs orthophoniques ciblés** ;
- **aménager l'environnement** du patient et poser **un cadre thérapeutique** ;
- **identifier le matériel** Montessori à utiliser ;
- proposer une prise en soin orthophonique permettant au patient d'**accéder à son plein potentiel**.

Christine Nougarrowles propose une transcription orthophonique des grands principes de Maria Montessori, issue d'une démarche expérimentale de plus de seize ans étayée par la recherche fondée sur les preuves.



Christine Nougarrowles est orthophoniste, mais également formée comme éducatrice Montessori, et formatrice auprès des orthophonistes (formation Montessori en orthophonie®). Elle met en œuvre cette démarche expérimentale de « ré-éduc-action » orthophonique montessorienne dans son activité quotidienne en cabinet libéral, et dirige des travaux de fin d'études dans ce domaine.

deboeck **B**
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com

ISBN : 978-2-8073-3016-0



9 782807 330160