

Si les problèmes aigus de santé concernent les personnes handicapées qui vieillissent, ils touchent également les personnes polyhandicapées dont la fragilité est inhérente à ce type de handicap. Les personnels exerçant dans ces structures peuvent se sentir démunis face à la souffrance vécue au quotidien par ces personnes.

Christian RAUCHE nous fait part de l'approche qu'il soutient au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé qu'il dirige, pour améliorer la qualité de vie des résidents.

Quel accompagnement pour répondre à la fragilité des personnes polyhandicapées accueillies en MAS et FAM ?

par Christian RAUCHE, directeur du FAM « L'Arc en Ciel » - Sevrey 71

Dans le monde du handicap, ceux qui sont le plus gravement handicapés réveillent dans l'imaginaire social toutes sortes de peurs où se mêlent l'apparition d'un corps mal formé, l'étrangeté de comportements inaccessibles à notre raison. La simple évocation des lieux où réside ce monde nous projette dans des visions de cauchemar, l'idée d'y pénétrer un jour glace d'effroi.

Le statut de la personne malade, de l'infirmes, du handicapé... dans toute société présente la même caractéristique : celle de ne pas être à sa place, d'être « stigmatisée », et donc d'encourir le rejet. E. GOFFMAN définit trois types de « stigmates » : la monstruosité du corps, les tares du caractère (mentalement dérangé, drogué, alcoolique...), les stigmates tribaux (race, religion...).

Une personne lourdement handicapée présente la plupart du temps, et ce, de manière massive, les deux premiers types de stigmates : un corps marqué, souvent déformé, par la maladie neurologique et une atteinte grave des fonctions mentales. A ce titre, nous dit GOFFMAN, « elle est peut être une personne pas tout à fait humaine ».

La personne, infirmes, gravement handicapée, a connu un contexte historique très sombre. En effet, il apparaît un vide de pensée et d'action positive à son égard. « *Jusque dans les années 60, un tri était fait aux consultations des enfants infirmes moteurs cérébraux et il était clairement dit aux familles dont l'enfant était gravement arriéré qu'elles n'avaient plus qu'à l'oublier* »¹.

Les années 70 ont été le fruit d'études épidémiologiques qui ont permis d'aboutir à l'apparition du concept de polyhandicap, définissant une population gravement handicapée, dépendante pour les actes essentiels de l'existence.

¹ Madame le docteur ZUCMAN, CESAP (1996) acte du colloque : *de l'arriération mentale au polyhandicap*.

Le concept de polyhandicap

Le terme utilisé auparavant pour nommer ces personnes était « encéphalopathe », il est encore présent aujourd'hui. Jusqu'en 1965, c'était les inéducables, ils n'avaient pas droit aux prestations des caisses d'assurance maladie. Les parents devaient signer un acte d'abandon, qu'on appelait fictif, mais on peut imaginer combien il était douloureux pour les parents que la DASS les prennent en charge comme des enfants abandonnés et qu'on les mette dans une maison... Il a été mis fin à cette situation en 1975 avec la loi en faveur des personnes handicapées.

L'utilisation du terme « polyhandicap » n'est pas très ancienne puisqu'elle date des années 70. Il est apparu en grande partie suite à une démarche d'exclusion de ces sujets des différentes structures existantes. Il était urgent de les « catégoriser » en vue d'une meilleure prise en charge.

En effet, à l'époque - et cela n'est semble-t-il pas tout à fait terminé - dès que, dans une institution, un enfant avait le malheur d'avoir plus d'un handicap, celui pour lequel l'institution a été proposée, la seule mesure prise en général était de dire aux parents : « il n'est pas fait pour nous, débrouillez-vous ! ». Et il allait comme cela d'une institution pour aveugles à l'institution des infirmes moteurs cérébraux, de l'institution pour déficients moyens à l'institution pour déficients sensoriels... et finissait en général à l'hôpital psychiatrique du coin. Toute institution qui avait une certaine technicité, un certain savoir-faire avec un seul handicap, considérait comme une injure à son image de marque de devoir s'occuper des enfants qui, en plus de ce handicap, en présentaient un autre.

Pourquoi des définitions ?

Ce que l'on cherche en pratique, c'est à apporter à un enfant, à une famille donnée, dans un environnement précis, le maximum d'éléments de soins au sens large, ce qui suppose de prendre en compte des besoins individuels. Mais ceux-ci sont inscrits dans une communauté et un système social qui comportent des structures et des acteurs.

- ✓ Les acteurs ont besoin de définitions pour parler le même langage au sujet des personnes diverses qu'ils rencontrent ;
- ✓ Les structures ont besoin de définitions pour s'adapter aux besoins de groupes de personnes limités, à peu près homogènes et pour spécifier les acteurs nécessaires au fonctionnement de ces structures.

Les définitions aident à orienter, à préciser des types de soins, des types de supports, techniques, pédagogiques. D'où il découle que les définitions varient selon que l'on occupe la place :

- ✓ de clinicien s'intéressant aux étiologies, aux lésions cérébrales, aux aspects cliniques et thérapeutiques ;
- ✓ d'épidémiologiste recensant les cas qui présentent un certain nombre de caractéristiques précises par lesquelles le polyhandicap sera défini une fois pour toute dans une enquête donnée ;
- ✓ d'administrateur appuyé sur les travaux des épidémiologistes pour évaluer les besoins en structures et demandeur de chiffres ;

- ✓ de directeur d'établissement soucieux d'accueil de cas particuliers et d'équilibre à l'intérieur de l'institution.

Un même enfant donné pourrait se trouver situé dans des catégories différentes en fonction du regard de l'observateur, donc des indicateurs choisis. De plus, la multiplicité des cas frontières et la diversité des situations entraînent, même en présence de critères précis, des hésitations et des difficultés, d'où des discussions qui tendent à émerger lorsqu'il est question du polyhandicap en général, et d'un sujet particulier.

Naissance d'une définition

Dans un premier temps, il me semble important d'apporter une distinction entre le polyhandicap et l'infirmité motrice cérébrale (IMC). Selon Guy TARDIEU (1953), celle-ci est : « *due à des atteintes cérébrales survenues dans la période périnatale qui entraînent des troubles de la posture et du mouvement sans caractère évolutif. Ces atteintes cérébrales ont suffisamment préservé les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation* ».

En proposant cette définition qui donne une identité à l'infirmité motrice cérébrale, Guy TARDIEU évoquait, en plus, les différences existant sur certains aspects physiopathologiques entre les IMC et les personnes polyhandicapées. Lorsqu'il existe une déficience intellectuelle profonde associée à des atteintes plus ou moins graves des fonctions motrices, sensorielles et/ou à des troubles du comportement, il est convenu de parler de polyhandicap.

En 1985, le comité technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI) a retenu une définition du polyhandicap qui a été reprise par l'union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (l'UNAPEI), puis reconnue par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale dans sa circulaire N° 86-13 du 6/03/1986. Cette définition est la suivante : « *Handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême d'autonomie et déficience intellectuelle sévère* ».

Le décret d'octobre 1989 des Annexes 24ter définit le polyhandicapé comme un « *sujet présentant un handicap grave à expressions multiples associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie ainsi que des possibilités de perception, d'expression et de relation* ».

En 1993, un groupe de travail réuni au Ministère de la solidarité autour du thème « Multihandicap » a retenu les termes proposés par Elisabeth ZUCMAN qui met l'accent sur la dépendance : « *association de handicaps graves avec déficience mentale entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée.* »

Ces trois définitions aident à mieux cerner le concept de polyhandicap qui recouvre une réalité complexe, car comme on le voit, la personne polyhandicapée présente des lésions graves sur le plan psychique et moteur engendrant une grande dépendance à son environnement.

Cette réalité peut être abordée sous deux angles : le médical ou l'étiopathologie qui est l'étude des causes et leurs conséquences pathologiques, et le social qui correspond à l'étude des besoins à traiter.

Les causes : angle social (étude des besoins)

L'adulte polyhandicapé a des besoins d'aide très spécifiques. En effet, il faut assurer la satisfaction de trois types de besoins :

- ✓ Les besoins biologiques fondamentaux : c'est assurer la respiration, la nutrition, l'élimination, le sommeil, la mobilité, l'hygiène.
- ✓ Les besoins sociaux et relationnels : c'est pouvoir communiquer, rendre autonome, permettre la sociabilité, assurer un habitat adapté.
- ✓ Les besoins psycho-affectifs : c'est lutter contre la peur, l'angoisse, le désarroi, la culpabilisation, c'est encourager, stimuler, pouvoir recevoir tendresse et affection.

Les adultes polyhandicapés du Foyer d'Accueil Médicalisé sont dans une dépendance vitale à l'égard de l'éducateur pour la satisfaction de leurs besoins fondamentaux.

Les causes : angle médical

Selon les études du Comité d'Etudes et de Soins aux Polyhandicapés (CESAP), et en référence à l'étude de population réalisée au Foyer d'Accueil Médicalisé, l'adulte affecté de poly-déficiences présente une lésion initiale qui est toujours une atteinte cérébrale grave et précoce entraînant l'altération de plusieurs fonctions motrices-sensorielles-cognitives ou autre. L'association de ces altérations des fonctions cérébrales va constituer : **les handicaps primaires**.

Mais, et c'est ce qui est caractéristique chez l'adulte polyhandicapé, ces déficits engendrés par l'atteinte cérébrale vont favoriser la survenue de handicaps surajoutés qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

Ce sont les « surhandicaps » ou « **handicaps secondaires** » qui vont nécessiter des soins médicaux, rééducatifs et pédagogiques rigoureux, car ce sont eux qui vont conditionner directement les potentialités évolutives de l'enfant.

Les handicaps secondaires	<i>orthopédiques</i>	- <i>positions vicieuses</i> - <i>luxations des hanches</i> - <i>scolioses</i>
	<i>somatiques</i>	- <i>respiratoires</i> - <i>digestifs</i> - <i>nutritionnels</i>
	<i>comportementaux</i>	- <i>auto ou hétéroagressivités</i> - <i>stéréotypies</i> - <i>colères</i> - <i>retraits, inhibitions</i>

Les handicaps secondaires

« Le sujet polyhandicapé est une personne très fragile dont le décès est exceptionnellement le fait de ses lésions cérébrales, mais pratiquement toujours le fait de l'évolution de handicaps secondaires liés à ces atteintes cérébrales ». ²

Ces handicaps secondaires sont :

- ✓ **spécifiques** : malgré la diversité des lésions cérébrales causales, les handicaps secondaires observés chez les personnes polyhandicapées sont souvent les mêmes.
- ✓ **évolutifs** : si les lésions cérébrales sont généralement fixées, les surhandicaps peuvent entraîner la personne vers une véritable détresse organique.
- ✓ ils engendrent, de plus, une **souffrance** : ils sont sources d'inconfort et de graves souffrances, ce qui fait obstacle à toute démarche d'apprentissage.

La majorité de ces personnes est affectée de comitativité, d'une grande fragilité des voies respiratoires, de problèmes nutritionnels et dermatologiques. Lorsqu'on se trouve dans la réalité quotidienne de la personne polyhandicapée, la distinction des différentes atteintes ne peut être satisfaisante dans la mesure où derrière le concept de polyhandicap ne se cache pas une mosaïque de déficiences juxtaposées, mais le résultat de l'intrication de toutes ces déficiences chez un sujet en évolution physique et psychique. Les adultes polyhandicapés du Foyer d'Accueil Médicalisé sont des personnes en grande détresse dont la qualité de vie dépend de notre aptitude à maîtriser l'évolution de leurs handicaps secondaires.

Concernant le volet comportemental, je voudrais évoquer la question des stéréotypies et ainsi apporter un commencement de réponse à un accompagnement plus en adéquation avec la réalité du polyhandicap.

Les différents courants behavioristes ont considéré ces activités comme des « comportements indésirables ». Leur apparition semblait avoir un rôle de blocage par rapport à l'appropriation de comportements précis et désirés. Le concept de base prétendait que ces comportements étaient volontaires. On observait souvent que les personnes pouvaient attirer l'attention de leur entourage par ces stéréotypies, en particulier l'auto-agression. L'effet de causalité fut postulée à partir de là. La personne handicapée produit ces comportements afin d'attirer l'attention.

L'intervention thérapeutique essaya délibérément de diminuer ces comportements en les gommant, ou n'y prêtant pas attention ou en augmentant les traitements anti-dépresseurs.

Depuis quelques années et dans certains champs de recherche, le concept de stéréotypie a fait place à la notion d'**autostimulation**. En s'appuyant sur le besoin de stimulation et de changement, ainsi que sur le besoin fondamental de tendresse, c'est-à-dire de proximité et de contact corporel, on peut interpréter ces comportements connus de la façon suivante :

En admettant que chaque individu a besoin d'un minimum de stimulation sensorielle pour conserver une stabilité de l'organisme psychique et physique, nous pouvons considérer de telles

² David F.SVENDSEN, Colloque régional « *nourriture, handicap sévère, éthique* » du 6 octobre 1994 à Clermont-Ferrand.

stéréotypies comme une solution de secours par laquelle la personne handicapée organise elle-même ce minimum de stimulation. Une sous-alimentation prolongée d'offres sensorielles mènent à l'isolement. Cette situation est vécue comme une menace et une désorientation. L'équilibre de la personne est affecté à plusieurs niveaux, tant au plan corporel qu'à celui de la conscience de soi. Les personnes sans handicap trouvent, grâce à leur potentiel d'activité beaucoup plus large, des solutions qui, à travers les échanges avec l'environnement, leur procurent les séquences de stimulation qui leur sont nécessaires au moment voulu. Le répertoire des personnes polyhandicapées est à ce point limité que l'expérience sensorielle libre et orientée est rarement possible. Pour éviter de s'appauvrir totalement sur le plan sensoriel, la personne polyhandicapée organise elle-même et pour elle-même des situations stimulantes : offres vestibulaires telles que balancements du haut du corps, mouvements puissants de la tête, sensations visuelles en s'enfonçant les doigts dans les yeux ou en faisant des mouvements rapides de la main écartée devant les yeux. Les impressions tactiles s'effectuent par les mains en contact avec la salive ou la bouche ou les dents qui procurent un effet psycho-affectif sensibilisateur, mais le degré d'intensité a souvent un effet négatif sur la personne (morsures, coups, blessures...).

D'autres éléments s'ajoutent à l'interprétation de ces stéréotypies : les personnes avec un handicap important ont d'énormes difficultés à recevoir de manière sensée la multitude de stimulations provenant de leur entourage naturel. En raison de l'environnement, de nombreuses limitations sensorielles et motrices, émotionnelles et cognitives empêchent souvent la personne polyhandicapée de recueillir des expériences primaires. Elle n'a pas eu les stimulations nécessaires au développement des pré-requis à la communication.

Pour le développement des prémices de la communication, une approche très individualisée centrée sur la communication basale a été élaborée, et expérimentée par le professeur FRÖHLICH. Depuis lors, plusieurs publications sont parues sur le sujet. Cette approche ne cesse d'être appliquée, évaluée et développée tant en Allemagne que dans d'autres pays voisins. Les principes qu'il a développés pour l'accompagnement des enfants polyhandicapés sont peu reconnus en France.

Les références bibliographiques dans le domaine du polyhandicap sont très pauvres et succinctes. En Suisse, la pédagogie spécialisée s'est développée plus rapidement et efficacement et a franchi les frontières vers l'Allemagne. En effet, depuis une quinzaine d'années, la stimulation basale offre d'importantes possibilités de stimulation et de prises en charge des enfants adolescents et adultes polyhandicapés.

La découverte de ce champ pédagogique, l'expérimentation du concept dans les établissements que j'ai dirigés sont deux raisons pour lesquelles j'éprouve une grande motivation pour transmettre quelques pistes de réflexion. La stimulation basale est présentée comme un chemin permettant d'accompagner et de soutenir les personnes polyhandicapées dans leur développement.

Références théoriques

Au départ, la stimulation basale reposait surtout sur des principes neurophysiologiques qui, jusqu'alors, n'avaient guère influencé la pédagogie. Le processus de maturation du système nerveux et la relative « plasticité » de l'organisation cérébrale ont permis de penser qu'il est possible d'éviter ou de diminuer les effets d'un déficit secondaire dû à la limitation des expériences perceptives et motrices qu'implique la déficience cérébrale précoce, si l'entourage n'y remédie pas activement.

Au fur et à mesure de son application pratique, l'approche a intégré de plus en plus d'éléments psycho-développementaux issus notamment des travaux de PIAGET concernant la période sensori-motrice et, plus récemment, des connaissances de la psychologie prénatale et des recherches dans le domaine des modalités précoces de la communication.

Il s'agit donc d'une approche globale, au sens fort du terme, qui prend en compte toutes les dimensions du développement de la personne dans ses interactions avec son entourage et son environnement. C'est à travers le corps que s'établissent les premières relations avec l'environnement social, matériel. Ainsi naît un processus de réciprocité primaire entre « moi » et le « monde ». Le point de départ de la stimulation basale, c'est que nous voulons encourager la personne polyhandicapée à découvrir le corps propre, c'est-à-dire son je et ses possibilités.

En raison de l'environnement, de nombreuses limitations sensorielles et motrices, émotionnelles et cognitives empêchent souvent ces personnes de recueillir des expériences primaires. Le corps, l'état émotionnel, les compétences cognitives sont rarement vécus. Ils ne sont ni utilisés, ni exploités. Les éléments qui ne sont pas touchés directement par le handicap se détériorent. La personne polyhandicapée s'enfonce dans un isolement et par conséquence une solitude existentielle. Etant donné que seuls notre corps et ses capacités nous permettent d'établir le contact avec nous-mêmes et avec l'environnement, il est primordial d'activer ce corps et ses compétences, de lui faire des propositions appropriées.

Déjà, avant sa naissance, l'enfant développe, à travers ses échanges avec l'environnement maternel, des compétences de perception, des possibilités de réaction et des capacités d'engager lui-même un processus de perception.

Une des caractéristiques de chaque être vivant, c'est la capacité de trouver des informations dans son environnement, de les mettre en relation avec son propre corps et de développer à partir de cela des représentations qui influencent ses autres activités. La perception est impensable sans organes spécifiques. Les yeux, les oreilles, la peau sont des organes de perception parmi d'autres. Ils enregistrent des informations stimulantes au point de contact avec l'environnement, puis les codifient biologiquement et les transforment en perception significative et sensée. L'élaboration des corrélations sensées et significatives et l'association avec les souvenirs représentent une performance très spécifique ; elles sont le noyau de la perception.

Ainsi, la perception n'est pas l'enregistrement primaire d'impulsions informatives, mais plutôt la synthèse de ces informations. Par conséquent, la perception ne signifie pas non plus « se laisser impressionner » passivement par des impulsions, mais encore une fois, un processus actif d'échanges entre la recherche d'informations, l'enregistrement d'informations et leur synthèse.

On observe des comportements illustrant des activités de perception et des capacités de perception, déjà dans les premières phases de la vie prénatale intra-utérines. Ceci concerne plus particulièrement :

- **Les perceptions vestibulaires** qui touchent le système de positionnement et d'équilibre précoce, positionnement dans l'espace, accélération, marche. Il apparaît que, indépendamment de l'âge, nous avons tous besoin de ce genre de stimulation (balancement, danse, etc...). Elle a également pour but de faire le lien avec les expériences visuelles.

- **Les perceptions vibratoires** : il s'agit de l'ouïe intra-utérine, qui gagne tout le corps de l'enfant, comme des ondes sonores (les battements du cœur, la respiration de la mère, les bruits de l'estomac, le flux sanguin), la voix, forment un environnement vibratoire et auditif permanent et qui change sans cesse. Les rythmes de base des vibrations font partie de la vie. Contrairement à l'ouïe post-natale, ces informations ne sont pas captées par le sens de l'audition distale mais par le sens proximal des sensations vibratoires. Ceci est beaucoup plus intense et associé à des émotions. Sachons que cette perception vibratoire pendant la période prénatale existe aussi chez les enfants atteints de troubles auditifs moyens ou graves. Elle leur permet d'avoir un contact sur le plan émotionnel primaire avec leur mère et son environnement.
- **Les perceptions somatiques** : elles comprennent la perception de la peau, la musculature mais aussi les articulations. Cette peau n'est pas une simple enveloppe. C'est l'organe le plus important et le plus étendu de notre corps. C'est par son intermédiaire que nous prenons contact tant avec notre corps qu'avec celui des autres. Elle est limite et point de contact. Elle possède une telle quantité de capteurs sensoriels, de trajets nerveux et sensitifs, de fonctions organiques que les chercheurs en parlent souvent comme un cerveau étalé. L'image n'est pas fautive puisque l'épiderme, le cerveau et le système nerveux se développent en même temps chez l'embryon. Lorsque l'embryon ne possède encore que quelques cellules, celles-ci sont séparées en ces trois feuillets. Quoi d'étonnant alors, à ce que les relations restent si étroites, toute la vie durant entre notre peau et notre équipement cérébral, sensoriel, sensitif, émotionnel, nerveux... ?

Ces trois domaines représentent les bases de la stimulation des personnes polyhandicapées. Nous pouvons dire que ce sont là les expériences les plus élémentaires et les plus précoces sur lesquelles on puisse construire une expérience primaire relativement fiable. Dès la conception, le corps maternel offre continuellement à la vie en devenir des stimulations vestibulaires, somatiques et vibratoires.

D'un point de vue méthodologique, la stimulation des domaines vestibulaire, somatique et vibratoire tente de repartir des premières expériences, qui sont probablement les dernières expériences stables et familières de ces personnes.

Conclusion

Nombre de professionnels intervenant dans les établissements ont à l'esprit que tout est perdu et dépassé dans la mesure où la marche n'est pas possible et où il n'est plus question que de vie en fauteuil. Un tel raisonnement aboutit à abandonner à leur sort un certain nombre d'adultes polyhandicapés pour déboucher sur une situation misérable dans laquelle même l'installation d'un résidant en position assise devient impossible.

On a trop longtemps pensé que des capacités réduites, une sensorialité défectueuse, exigeaient peu de chose de la part du personnel d'encadrement. Des soins, un peu d'affection, quelques sorties, semblaient correspondre à une démarche thérapeutique suffisante.

Lorsqu'on s'occupe de personnes gravement handicapées, les actes les plus simples de la vie courante deviennent des champs d'observation, de recherche et de découverte, car ce qui à l'apparence de la simplicité ne l'est plus avec ces personnes pour qui manger, boire, se déplacer, communiquer sont des actes éprouvants.

Il est extrêmement difficile pour les équipes du quotidien de « croire » ou de continuer à croire que les gestes répétitifs, le temps circulaire de la vie quotidienne, le manque visible de progrès, l'aggravation de certains troubles puissent avoir un sens « porteur de vie ». Cela entraîne à long terme des soins donnés la plupart du temps dans la routine, l'indifférence, la hâte malgré certains « accrochages affectifs » intenses, en îlots, non maîtrisés.

Notre travail auprès des adultes résidant au Foyer d'Accueil Médicalisé « L'Arc en Ciel » à Sevrey durant ces cinq dernières années a mis en évidence que l'accompagnement des personnes dépendantes nécessite un accroissement de connaissances, de compétences, sans lesquelles il est désormais impossible de faire un travail de qualité.

Ces savoir-faire ne doivent plus être ceux de « sous-personnel » s'occupant de « sous-personnes », mais de professionnels hautement compétents et reconnus, alliant savoir-faire et savoir-être pour s'occuper de personnes hautement dépendantes. La qualité de l'intervention dépend de la qualité du diagnostic, de la pertinence des orientations et des moyens que l'on met en œuvre pour chacun. La qualité de vie ne peut prendre sens que par l'expression propre de l'être.

La priorité est donc, de développer des moyens d'expression à travers la rencontre de proximité que nécessite la satisfaction des besoins, ce qui conduit à la reconnaissance de l'être, à la communication, et ainsi pouvoir repérer les manifestations significatives d'un inconfort ou d'un bien être.

La réalité de l'adulte polyhandicapé, si insoutenable et violente soit-elle, est pour son entourage, une source précieuse de réflexion sur le sens profond des valeurs de la vie. Nous avons à recevoir de sa rencontre, une véritable leçon de reconnaissance et de dignité humaine.

Bibliographie

- ❖ FROHLICH, A. (1993), *La stimulation basale*. Lucerne : SPC
- ❖ GOFFMAN, E. (1995), *Stigmate, Les usages sociaux des handicaps*. Paris : édition de Minuit
- ❖ Colloque, (1994), *Nourriture, handicap sévère, éthique*. ADAPEI, Clermont-ferrand (63)
- ❖ Colloques CESAP, Formation, documentation, ressources
- ❖ Les cahiers du CTNERHI n°77/1998-3. *Classification des handicaps, contribution à l'histoire du handicap*
- ❖ Formation en intra-muros « La stimulation basale » animée par Madame Dany GERLACH, formatrice à AIR
- ❖ Formation en intra-muros « *approche du processus de perception et éveil sensoriel chez la personne polyhandicapée* » animée par Madame Françoise JAULT, formatrice à l'IRTESS de Dijon