

## Des troubles du comportement aux comportements troublants

BASALE STIMULATION NACH PROF. DR. A. FROHLICH®

*Concetta Pagano, Thierry Rofidal, mars 2025*

### ***Préambule : Le polyhandicap, quelques notions importantes***

Nous disposons de plusieurs définitions du polyhandicap :

Celle du décret d'octobre 1989 (annexe XXIV ter) : « *handicap grave à expression multiple associant une déficience motrice et une déficience mentale grave entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation* ». Elle indique bien que le polyhandicap n'est pas la somme de plusieurs handicaps, que la déficience mentale est toujours grave et que l'autonomie est toujours extrêmement réduite.

Celle des médecins : « *déficience cérébrale précoce grave* ». Il faut retenir de cette définition que le sujet polyhandicapé est atteint de lésions graves de son cerveau très tôt et que tout son développement se fera avec ces lésions.

Le polyhandicap est donc l'ensemble des déficiences liées directement ou indirectement à une lésion qui blesse le cerveau pendant sa phase de maturation ou de développement. On distingue classiquement, les atteintes du cerveau pendant la grossesse (atteintes anténatales, par exemple toutes les maladies génétiques), les atteintes du cerveau au moment de la naissance (atteintes périnatales, par exemple, les anoxies) et les atteintes du cerveau pendant les premiers mois de la vie, c'est-à-dire pendant la phase de développement accéléré du cerveau de l'enfant (atteintes postnatales, par exemple les maladies infectieuses du cerveau de l'enfant).

Chez la personne polyhandicapée, il est important de distinguer deux types de déficiences qui sont liées et interdépendantes. D'une part, les déficiences regroupées dans le handicap primaire : déficiences intellectuelles, déficiences motrices, déficiences sensorielles et épilepsie. Le handicap primaire est directement en rapport avec les lésions cérébrales. Les déficiences qui en découlent sont dues à ces lésions fixées, irréversibles et ne peuvent donc pas guérir. D'autre part, d'autres déficiences, spécifiques de la personne polyhandicapée viennent composer le handicap secondaire. Il s'agit de la somme de tous les problèmes de santé qui compliquent les déficiences du handicap primaire : problèmes orthopédiques, problèmes respiratoires, problèmes digestifs, problèmes nutritionnels, etc.

Une dernière définition proposée par le Groupe Polyhandicap France<sup>1</sup> est essentielle : « *Le polyhandicap est une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence des perturbations graves, multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive et cognitive et de la relation avec l'environnement physique et humain* ».

Elle souligne donc que le polyhandicap, comme tout handicap n'est pas une maladie mais une situation de vie ; que le cerveau de la personne polyhandicapée fonctionne mal depuis le début de son développement et que les conséquences de ce mauvais fonctionnement sont graves, multiples et évolutives. Il faut ajouter qu'elles se potentialisent les unes les autres et portent l'enfant polyhandicapé en permanence au bord de cercles vicieux ; qu'elles gênent l'enfant pour bouger, percevoir et comprendre le monde qui l'entoure, le monde des objets et le monde des personnes.

Cette définition ajoute encore : « *Il s'agit là d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique.* »

Le dysfonctionnement cérébral précoce de l'enfant polyhandicapé entraîne des conséquences graves, multiples et évolutives qui perturbent sa relation avec le monde environnant. Donc, du fait de la situation de polyhandicap, la personne (enfant ou l'adulte) a du mal à comprendre le monde extérieur des objets (environnement physique) et des personnes (environnement humain). Et face à ces difficultés, soit on la laisse dans cette incompréhension et elle se replie dans son monde ; soit on l'aide à comprendre ce qu'elle vit grâce à un projet d'accompagnement qui fait sens pour elle.

### ***Des troubles du comportement aux comportements troublants***

Les personnes se replient dans leur monde (*être dans sa bulle*) parce qu'elles ne trouvent pas de repères dans un monde qu'elles ont du mal à comprendre ou qu'elles ne comprennent pas du tout. On peut ainsi penser qu'elles créent, dans leur monde, des repères qui ont du sens pour elles (stéréotypes, autostimulations, auto-agressivité) mais qui n'en ont pas pour nous (puisque l'on ne perçoit pas le monde comme elles). On parle alors de troubles du comportement. Mais comme nous le suggère la deuxième partie de la définition citée plus haut, ces troubles du comportement sont rarement inhérents à leur polyhandicap, rarement inscrits dans les lésions du cerveau responsables de cette situation de polyhandicap, mais sont secondaires, conséquences de leur incompréhension de notre monde. D'autres mots, utilisés pour décrire ces troubles (traits psychotiques, Troubles Envahissants du Développement, Troubles du Spectre Autistique), sont encore des « étiquettes » qui nous aident peu dans notre accompagnement si on reste au stade de « ce qui nous saute aux yeux ».

Prenons le mot *Stéréotypie* : « C'est un ensemble de gestes répétitifs, rythmés sans but apparent. Ces comportements ont deux buts : favoriser l'évitement ou s'auto-stimuler »<sup>2</sup>. Favoriser l'évitement, autrement dit : « je suis dans mon monde, toute irruption imprudente pourrait fragiliser l'équilibre précaire que je me construis ». Mais nous pouvons remplacer le mot *stéréotypie* par le mot *autostimulation*. Andreas Fröhlich nous dit que « *l'autostimulation est une solution d'urgence pour la personne handicapée, afin de se procurer un minimum de perceptions, en relation avec les besoins fondamentaux suivants : le besoin de changement, de proximité et de toucher* »<sup>3</sup>. Et Ursula Bükler qui

---

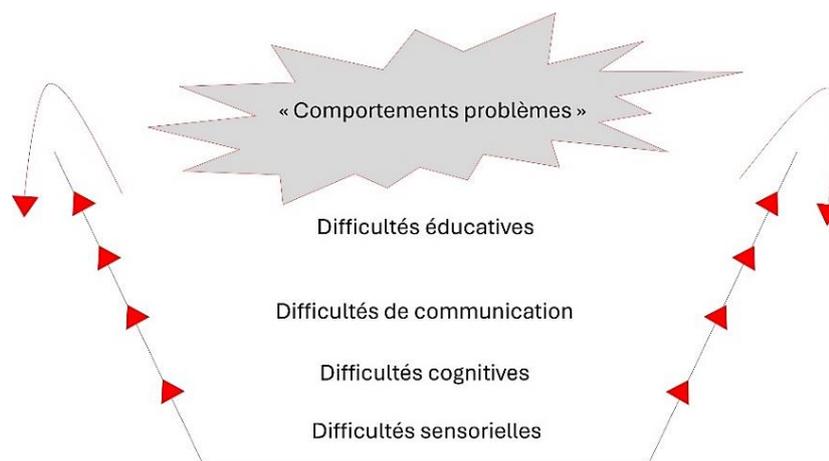
<sup>1</sup> <http://gpf.asso.fr/le-gpf/definition-du-polyhandicap>

<sup>2</sup> [https://fr.wikipedia.org/wiki/Stéréotypie\\_\(psychiatrie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Stéréotypie_(psychiatrie))

<sup>3</sup> PAGANO C., La stimulation basale, à l'écoute des personnes en situation de handicap sévère, éditions Erès, p.148, 2020

rapporte ces propos ajoute : « Si l'on considère que ces comportements correspondent à une nécessité intérieure de la personne qui les accomplit, on les reconnaît alors en tant que compétence pour satisfaire un besoin »<sup>4</sup>.

Autrement dit, tentons d'aller les rejoindre dans leur monde. Ces troubles sont rarement la cause, plus souvent la conséquence des déficiences liées au polyhandicap. L'image d'un vase<sup>5</sup> qui déborde aide à réfléchir sur ces « comportements-problèmes ». Ce vase correspond à l'état de tension psychique d'une personne en situation de handicap sévère. Au fond du vase, les difficultés sensorielles de la personne perturbent sa propre perception corporelle et celle qu'elle se fait du monde. Ensuite, ce qu'elle perçoit est perturbé par ses difficultés cognitives (à donner du sens à l'information perçue). Ajoutons qu'elle n'a pas la capacité de comprendre ce qu'on lui dit ou d'exprimer ce qu'elle ressent (difficultés dans les sphères communicationnelle, relationnelle et émotionnelle). Ainsi, ces difficultés en s'additionnant créent une tension interne (le vase se remplit) et finissent par provoquer une explosion (le vase déborde). Souvent, les professionnels vont alors agir ou réagir sur ce qui est le plus visible (les difficultés éducatives), on voit alors fleurir des jugements de valeur : il est capricieux, méchant, agressif comme des étiquettes qui collent fort !



D'après LEGAGNEUR A., DELAUNAY S.

Dans son ouvrage de référence<sup>6</sup>, Éric Emerson, professeur universitaire anglais, utilise les termes de « comportements-problèmes » ou « comportements-défis ». Ces comportements se manifestent chez des personnes présentant une déficience intellectuelle sévère et sont définis, selon Emerson, comme « un comportement [...] d'une telle intensité, fréquence ou durée qu'il menace la qualité de vie et/ou la sécurité physique de l'individu ou des autres et est susceptible de mener à des réponses restrictives, aversives ou de donner lieu à l'exclusion [...]. Ce terme inclut l'agressivité, les penchants destructeurs, l'automutilation, les manières stéréotypés et d'autres comportements qui peuvent porter atteinte à l'individu (par ex. manger des objets non comestibles), être un vrai défi pour les membres des équipes soignantes (par ex. l'opposition, les hurlements permanents, les troubles du sommeil, l'hyperactivité)

<sup>4</sup> BÜKER U., La Stimulation Basale et les troubles du comportement, reconnaissance et prise en compte d'une communication non-verbale, par Ursula Büker, <https://www.stimulationbasale.fr/les-publications/>, 2013

<sup>5</sup> LEGAGNEUR A., DELAUNAY S., Comment évalue-t-on les troubles du comportement. Actes des 8<sup>e</sup> journées médicales, Rouen. Ed. CESAP, 2016

<sup>6</sup> EMERSON E., EINFELD S., Les comportements-défis, analyser, comprendre et traiter, éditions Deboeck, 2016

*et/ou être inacceptables en société (par ex. la régurgitation de nourriture, le maculage du corps par les excréments) ».*

Nous émettons l'hypothèse qu'une grande majorité des troubles du comportement manifestés par les personnes polyhandicapées sont surtout des comportements *troublants*. Réfléchir en termes de *comportement troublant* permet de tenter de penser, non pas de façon linéaire, mais de façon circulaire (afin d'agrandir la focale). Définissons le mot « trouble » : si l'on évoque une situation, *trouble* se réfère à *des éléments cachés ou suspects* ; si l'on évoque une personne, *trouble* se réfère à la difficulté à cerner et à définir ce qui apparaît comme louche. Une dernière définition est intéressante car elle évoque *un état d'agitation, d'inquiétude, de confusion ou d'émotion dans lequel se trouve quelqu'un*<sup>7</sup>.

Qui est le plus troublé, déstabilisé, inquiet, voire démuni lorsqu'une personne polyhandicapée manifeste *un trouble du comportement* ? L'accompagnant ou la personne ? Face à ce comportement troublant, l'accompagnant peut l'interpréter comme *un trouble du comportement* et la personne le vivre comme *un comportement-langage*. Ainsi, ce qui est langage et communication pour la personne polyhandicapée est trouble ou défi pour l'accompagnant.

### ***Lorsque le comportement troublant est langage***

Dans l'approche basale, l'autostimulation est une compétence qui répond à un besoin chez la personne polyhandicapée, celui de retrouver un équilibre psycho-émotionnel dans une situation ou dans un contexte vécu comme insécure ou chaotique (combler le vide, l'ennui, éviter la surstimulation par trop d'informations ou de sensations - *trop de trop*) ; à se protéger face à des demandes ou des situations incompréhensibles ; à éviter ou à s'opposer à une tâche, une activité ou une relation non consentie ou désirée ; à échapper à la privation sensorielle (se stimuler pour ressentir son corps ou se ressentir dans son propre corps) ; à obtenir de l'attention (appétence ou avidité relationnelle) ; à satisfaire sa frustration ; à rechercher ou se donner du plaisir ; à signifier une douleur physique ou psychique.

De façon plus générale, nous nous autostimulons sans en avoir toujours conscience, en rongant nos ongles, en tortillant une mèche de cheveux, en agitant frénétiquement notre jambe ou en mordant un crayon. Nous y prêtons peu d'attention et ces manifestations sont acceptées socialement. Ces moments ne durent pas longtemps et s'estompent aussi vite qu'ils sont apparus car nous sommes capables de les autoréguler et de retrouver un état d'apaisement relativement vite.

Ces comportements d'autostimulation sont déjà très présents chez le jeune enfant polyhandicapé, sont souvent très intenses (se balancer, se mordre les mains, se taper la tête, crier, grincer des dents, etc.) et déconcertent les parents. L'autorégulation de ces manifestations est difficile car les enfants polyhandicapés rencontrent des difficultés à ressentir leur corps (manque d'expériences par le mouvement et le toucher) et de fait à le percevoir, à identifier et à gérer leurs émotions. Ainsi, l'autostimulation, par la répétition du geste, permet aux jeunes enfants de s'apaiser. Elle est souvent présente lorsque l'enfant (ou l'adulte) n'est pas occupé. L'ennui, l'inactivité ou la difficulté à gérer les transitions (temps du quotidien, début et fin d'une activité ou d'une situation) sont souvent source d'angoisse. Afin de supporter ce « vide », l'enfant s'anime en se donnant des sensations corporelles fortes et répétitives en lien avec les perceptions de base : somatique (se frotter, se griffer...), vestibulaire (se balancer, tourner...) et vibratoire (se taper, se mordre, crier...) car « il est toujours préférable de

---

<sup>7</sup> Définition du dictionnaire Larousse

ressentir quelque chose que de ne rien ressentir »<sup>8</sup>. Face à ces comportements, les parents et les accompagnants constatent rapidement que les interdire verbalement ou les empêcher physiquement ne sert à rien et au contraire, les renforcent.

Accepter et reconnaître l'autostimulation non pas comme un trouble du comportement mais comme un *comportement-langage* (Fröhlich, Büker, 2013) nous incite à considérer ces manifestations comme une compétence et un mode de communication. Cette communication se manifeste essentiellement par le langage du corps. Les propositions à faire seront alors sur le même mode, c'est-à-dire par une expression corporelle et un toucher ciblé (Büker, 2017) qui peut, selon les situations, s'accompagner de quelques mots apaisants. *Ressentir son corps et se ressentir soi-même dans son corps*<sup>9</sup> est la base indispensable de notre développement. Il nous permet d'être actif, en mouvement, de développer notre curiosité à se découvrir et à découvrir le monde autour de soi, d'entrer en relation et de communiquer. L'approche basale propose que les temps du quotidien (la toilette, les soins, etc.) deviennent progressivement des temps où les parents ou les accompagnants touchent de façon « ciblée » le corps de l'enfant afin qu'il puisse associer ces touchers à des expériences positives. Certains enfants polyhandicapés, dès leur plus jeune âge, ont des difficultés à être touchés ou à toucher. Ils mettent alors en place des mécanismes de défense pour éviter ces sensations (d'être touchés ou de toucher). Ceux-ci sont souvent interprétés à tort comme un refus.

Une hypersensibilité au toucher peut se manifester par des réactions de peur, de défense ou de colère. Cela se traduit souvent par des difficultés pour les parents à habiller ou à déshabiller leur enfant, lui donner un bain, le peigner, lui couper les ongles, lui laver les dents, lui faire un câlin, etc. Considérer ces réactions non pas comme des troubles du comportement mais comme des comportements-langage nous permet de nous décentrer de ce qui est visible au premier abord (il crie, il pleure, il tape, il mord) afin de mieux comprendre et aborder cette problématique en lien avec des difficultés de perception, de mouvement et de communication. On ne peut dissocier un comportement qui nous trouble de son contexte. Très ancrés chez l'adulte, ces comportements déstabilisent, voire épuisent les accompagnants et les parents. Nous insistons sur le fait que prendre en compte et comprendre l'autostimulation chez le jeune enfant en situation de handicap sévère peut avoir des effets positifs à long terme sur son activité d'autostimulation à l'âge adulte.

Une lecture du contexte et de l'environnement aide les accompagnants à penser et à agir non pas seulement sur le symptôme (il crie, il pleure, il tape, il mord) mais sur les circonstances ou les attitudes qui parfois alimentent ou renforcent le comportement troublant de l'enfant ou de l'adulte. La surstimulation en lien avec la difficulté de gérer les flux sensoriels (*trop de trop*) est très souvent un facteur déclenchant un comportement troublant : le bruit (*la télévision, la musique, les voix, les cris, les appareils ménagers, les portes qui claquent, les sonneries des téléphones, le rangement de la vaisselle, les jeux sonores, etc.*), la lumière (*les lumières artificielles dont les néons ! les reflets du soleil, les différences de luminosité entre l'intérieur et l'extérieur, etc.*), le tactile (*la température corporelle - des mains chaudes ou froides des accompagnants - la température de l'eau, des aliments, de l'air, le contact de l'eau sur la peau, sur la tête, le toucher, les ongles, les bijoux, les vêtements, etc.*), les odeurs (*alimentaires, corporelles, les parfums, etc.*), le mouvement (*une agitation autour de soi, les déplacements en fauteuil, en voiture, les transferts, etc.*). À contrario, la forme passive de l'autostimulation qui se caractérise par le repli sur soi (*très peu de manifestations, un état de vigilance*

---

<sup>8</sup> BÜKER U., Mais que fait donc mon enfant, un petit guide à propos de l'autostimulation, éditions Kilian Andersen, 2017

<sup>9</sup> Cet item fait partie des 7 items du modèle théorique appelé *Schéma de la globalité* correspondant au développement de l'être humain.

*diminuée, les yeux souvent fermés, une position fœtale prolongée, etc.)* passe souvent inaperçue chez les accompagnants.

*Brève de terrain en lien avec le thème essentiel<sup>10</sup> : Donner un sens et trouver une signification*

*L., aide-médico-psychologique, présente la situation de Nadia, une jeune femme âgée de 27 ans en situation de polyhandicap.*

- *Pouvez-vous me présenter la situation que vous avez choisie ?*
- *Nadia est une jeune femme qui marche, elle est très envahissante, elle touche à tout, et lorsqu'on lui interdit de toucher, elle se met en colère en se tapant la tête fortement avec son poing. J'aimerais l'aider à ne plus se taper et qu'elle comprenne aussi qu'elle ne peut pas toucher à tout comme bon lui semble.*
- *Lorsque vous dites : elle touche à tout, pouvez-vous me donner un exemple plus précis ?*
- *Par exemple, lorsqu'elle voit quelque chose sur une table, elle s'approche systématiquement très près pour toucher ce qui s'y trouve. Elle se coucherait presque sur la table pour tout toucher.*
- *Est-ce qu'elle le fait dans d'autres circonstances ?*
- *Elle fait la même chose sur nous, elle s'approche très près, se colle presque à nous, elle aime bien toucher les bijoux, mes boucles d'oreille par exemple parce que je ne porte pas toujours les mêmes.*
- *Une fois qu'elle a touché, que fait-elle ?*
- *Souvent, elle se frappe la tête après. De toute façon, vous pourrez l'observer parce qu'elle est très curieuse, quand on est en formation, elle vient toujours nous voir à la pause.*
- *Je vous propose de reprendre cette discussion après la pause.*

En effet, à la pause, Nadia entre dans la salle. Elle paraît discrète, marche à petits pas « en crabe », son dos est très courbé, ce qui l'oblige à lever la tête lorsque quelqu'un s'adresse à elle. Je remarque qu'elle « tend » l'oreille plus qu'elle ne regarde la personne qui lui parle. Elle porte peu d'attention aux personnes qui sont présentes et se dirige vers la table. À ce moment-là, L. s'adresse à Nadia en lui disant : « alors non, non, je te vois venir, tu as vu la boîte à gâteaux, ce n'est pas pour toi ». Ce discours est repris par une de ses collègues avant même que Nadia ait eu le temps de s'approcher de la table. L. retient délicatement alors les mains de Nadia et lui propose de sortir de la salle en lui expliquant que la formation va reprendre. Nadia se frappe alors fortement la tête à plusieurs reprises mais accepte de sortir de la salle... Nous débutons en reprenant le cours de la discussion concernant la situation de Nadia. Je demande aux professionnels présents à la pause de partager ce qu'ils ont observé de « la scène ».

- *M., AMP, nous dit : en fait, j'ai pensé à ce que vous nous avez expliqué ce matin sur l'observation et l'interprétation. J'ai essayé d'observer ce que faisait Nadia et la réaction de mes collègues. J'ai remarqué qu'elles anticipaient ce que Nadia allait faire et que L. ne lui a pas laissé le temps d'aller au bout de son action. Finalement, je me demande ce que Nadia ferait si on la laissait aller au bout de son idée. Je me permets de le dire car je me rends compte que je fais la même chose que mes collègues. Je l'empêche de faire mais je ne m'en rendais pas compte. J'ai toujours entendu dire qu'il fallait faire attention car Nadia touchait à tout.*
- *C'est une très bonne remarque que je partage avec vous.*

---

<sup>10</sup> PAGANO C., Les thèmes essentiels selon Andreas Fröhlich, [www.stimulationbasale.fr](http://www.stimulationbasale.fr), janvier 2025

- *En m'adressant à L : Est-ce que vous avez déjà essayé de laisser Nadia aller au bout de son action (ou de son idée). Que se passerait-il si vous n'interveniez pas et si à la place d'interdire, vous la laissez faire ?*
- Silence (L. réfléchit) ... Le problème, c'est qu'elle touche à tout, il faut toujours la surveiller.
- *Mais en quoi cela est un problème pour vous si elle ne fait que toucher ? est-ce qu'elle jette les objets, elle les met à la bouche, elle se met en danger ?*
- Non, elle ne les jette pas mais elle est très maladroite et elle risque de les casser ou de les faire tomber.
- *Vous aviez évoqué ce matin qu'elle aimait toucher vos boucles d'oreille, est-elle aussi maladroite ? tire-t-elle sur vos boucles d'oreille ?*
- Non, elle s'approche tout près de moi pour les regarder, elle se colle tout près de mon visage, je n'aime pas vraiment quand elle fait ça, elle les touche un peu et elle repart.
- *Vous êtes-vous demandé pourquoi elle avait besoin d'être si proche de votre visage ou de la table ?*
- Silence... non pas vraiment, je ne sais pas trop pourquoi elle fait ça.
- *Savez-vous si Nadia voit bien ? avez-vous remarqué sa façon de marcher et sa façon de regarder, de vous regarder ?*
- On se pose souvent cette question mais pas que pour Nadia, pour beaucoup d'autres, on se demande parfois ce qu'ils voient vraiment. C'est vrai qu'elle marche bizarrement. Et quand elle nous regarde, on dit souvent en rigolant qu'elle nous regarde « de travers ».
- *Peut-être que nous pourrions émettre l'hypothèse suivante qui demande à être vérifiée par une personne compétente dans les troubles neuro-visuels : Nadia a besoin de proximité physique pour appréhender visuellement son environnement, elle semble beaucoup utiliser ses mains, elle utilise ses mains comme une aide qui lui permet d'explorer et de découvrir son environnement et les objets qui s'y trouvent. Elle regarde « avec ses mains » car son champ visuel semble atteint, ce qui ne l'empêche pas de regarder. Elle peut parfois avoir un comportement qui vous trouble parce qu'elle « touche à tout » mais elle ne peut pas faire autrement. Lorsque vous ne la laissez pas regarder « avec ses mains », elle ne comprend pas, elle est frustrée, peut-être même en colère. Lorsqu'elle se frappe la tête, c'est la seule façon qu'elle a trouvé de vous faire comprendre sa frustration. Elle vous montre clairement qu'elle a mis en place des stratégies pour compenser ses problèmes visuels en utilisant un autre canal de perception, le tactile. Faites-lui confiance, faites-vous confiance, laissez-la explorer, toucher et observez ce qu'elle fait, peut-être même en l'aidant par la co-action active à toucher, à explorer, à manipuler les objets. Je suis (presque) convaincue qu'elle ne se frappera plus la tête...*

Le thème essentiel - donner un sens et trouver une signification - signifie de façon globale que l'être humain a un besoin fondamental de donner un sens à son existence et à ses actions. Lorsqu'un individu est touché par un événement qui change brusquement et de façon irréversible sa vie, il a besoin de trouver ou retrouver un sens à ce qu'il vit quelle que soit la nature de cet événement (un accident, la perte de son travail, une séparation, un décès, une maladie, etc.). Les personnes en situation de handicap sévère peuvent éprouver une perte de sens lorsqu'elles vivent des situations en lien avec un changement familial important (séparation des parents, décès d'un parent ou d'un proche, déménagement, etc.) ou avec leur lieu de vie (changement de groupe, d'établissement, départs de personnes ou des accompagnants qu'ils appréciaient particulièrement, décès, etc.). Mais elles peuvent

aussi éprouver un mal-être en lien avec la perte de leurs capacités physiques et sensorielles (perte progressive de la marche, de mouvements volontaires, de leurs capacités de déglutition, de la vue, de l'audition, etc.). Ce thème revêt également l'importance pour la personne en situation de handicap sévère de comprendre ce qu'elle vit au quotidien, de donner du sens à ce qu'elle ressent dans son corps, à ce qu'elle perçoit de son environnement et de sa relation aux autres.

Concernant la situation de Nadia, l'hypothèse d'un trouble neuro-visuel a été confirmé quelques mois plus tard grâce à un bilan d'efficiences visuelle réalisé par une professionnelle formée par le CNRHR<sup>11</sup> La Pépinière. Entre-temps, les accompagnants avaient modifié la représentation qu'ils avaient du comportement envahissant et troublant de Nadia. Au fil des semaines, elle ne se frappait plus la tête. Lorsque je suis revenue dans l'établissement l'année suivante, la cheffe de service m'a dit : « ça a changé la vie de Nadia (et des accompagnants), elle vit sa vie, elle est curieuse de tout, elle prend plaisir à venir vers nous, à toucher ce qu'elle peut toucher, puis repart faire son petit tour ».

*Cet article est extrait du livre : La stimulation basale, Prendre soin de ceux qui prennent soin des autres, BoD, 2025 ; C.Pagano, T.Rofidal, Préface et entretiens A. Fröhlich*

## Références bibliographiques

- BÜKER U., Mais que fait donc mon enfant, un petit guide à propos de l'autostimulation, éditions Kilian Andersen, 2017  
BÜKER U., La Stimulation Basale et les troubles du comportement, reconnaissance et prise en compte d'une communication non-verbale, par Ursula Büker, <https://www.stimulationbasale.fr/les-publications/>, 2013  
LEGAGNEUR A., DELAUNAY S., Comment évalue-t-on les troubles du comportement. Actes des 8<sup>e</sup> journées médicales, Rouen. Ed. CESAP, 2016  
EMERSON E., EINFELD S., Les comportements-défis, analyser, comprendre et traiter, éditions Deboeck, 2016  
PAGANO C., La stimulation basale, à l'écoute des personnes en situation de handicap sévère, éditions Erès, 2020  
PAGANO C., ROFIDAL T., FRÖHLICH A., Prendre soin de ceux qui prennent soin des autres, BoD, janvier 2025  
PAGANO C., Les thèmes essentiels selon Andreas Fröhlich, [www.stimulationbasale.fr](http://www.stimulationbasale.fr), janvier 2025

---

<sup>11</sup> Centre National de Ressources Handicaps Rares et Déficiences Visuelles La Pépinière - Loos