

Une sensibilité insensée? Éléments d'analyse de l'expérience corporelle du blessé médullaire

Eve Gardien

► **To cite this version:**

Eve Gardien. Une sensibilité insensée? Éléments d'analyse de l'expérience corporelle du blessé médullaire. *Champ Psychosomatique, L'esprit du temps*, 2009, pp.139-154. <hal-00673227>

HAL Id: hal-00673227

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00673227>

Submitted on 27 Feb 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Une sensibilité insensée ?

Eléments d'analyse de l'expérience corporelle du blessé médullaire

Eve Gardien
Sociologue
Chercheur associé à MODYS
(CNRS – univ Lyon2 – univ St Etienne)

Introduction

C'est à l'expérience d'un corps qui déstabilise à la fois le bon sens et la raison, que nous convions ici le lecteur. Il s'agira d'explorer la part d'incompréhensible de l'expérience du corps blessé médullaire, celle qui échappe encore largement à nos capacités d'entendement, et nous laisse devant l'obligation de présenter des hypothèses plutôt que d'affirmer une connaissance. En effet, ce vécu somatique si particulier semble fondé, pour une part, sur des sensations inédites et étranges, pour une autre part, sur des éprouvés plus classiques à ceci près qu'ils ne sont pas toujours articulés au réel.

Plus avant, notre parti pris de chercheur nous amène à proposer au lecteur non pas une explication de l'apparent non-sens de ces éprouvés somatiques, mais bien plutôt une description desdits phénomènes au plus près de l'expérience du corps blessé médullaire. L'aperçu esquissé ci-après, a été produit sur la base de l'analyse sociologique¹ d'un matériau issu d'une enquête de terrain d'une durée d'une année entière en milieu sanitaire. Ainsi, le lecteur voudra bien trouver dans le propos qui suit, non pas la singularité de divers cas, mais la particularité extra-ordinaire et collective d'une sensibilité insensée.

Enfin, nous avons essayé de mettre en lumière les catégories de l'entendement élaborées *in situ* au sujet de ces situations corporelles, ainsi que de préciser les modalités de la production de significations relatives à ces expériences individuelles. Il s'agit donc ici de donner matière à penser en portant à la connaissance du lecteur un matériau avant tout clinique.

Un corps devenu brutalement différent

L'accident signe la survenue brutale de la différence au cœur de la matière organique. Inéluctablement, une lésion de la moelle épinière perturbe la transmission de l'information entre le cerveau et la zone corporelle sous-lésionnelle. Ce bouleversement engendre un désordre massif des fonctionnalités de ladite partie du corps. Différentes modifications participent habituellement à ce tableau clinique, au

nombre desquels on trouve des troubles de la motricité et du tonus, des modifications de la sensibilité, des changements relatifs aux fonctions urinaire, sphinctérienne, intestinale, entre autres..., et des complications osseuses, cutanées et cardio-vasculaires, notamment. Autrement dit, les conséquences d'une lésion médullaire consistent en bien davantage que le seul fait de ne plus pouvoir marcher. Si la différence corporelle est patente dès les premiers instants de l'accident, si les modifications physiologiques déclinées ci-avant sont déjà effectives, pour autant le potentiel corporel n'est pas véritablement stabilisé. La transformation radicale qui s'est opérée, ne saurait se résumer à l'avènement d'une altérité somatique, définitive et irrémédiable. Celle-ci se révèle évolutive, tout au long du travail de rééducation, de la repousse des nerfs, au fil de nombreux apprentissages, en lien avec une socialisation corporelle qui se déroulera jusqu'au dehors de l'institution hospitalière. En outre, le pronostic relatif à ce nouveau potentiel corporel demeure relativement incertain, durant plusieurs mois, et ce y compris pour les experts médicaux. En effet, un panel varié de facteurs participe à la production du corps blessé médullaire «stabilisé» ou «consolidé», tel qu'il sera à la sortie de l'établissement sanitaire. Du côté du patient, sa constance et son implication dans sa rééducation sont des atouts considérables, sa résistance à la douleur et à la fatigue, ou encore son développement musculaire, sa souplesse articulaire et son endurance psychique tout autant. Du côté des soignants, leur motivation et leur professionnalisme sont indispensables, à l'instar de leurs compétences techniques, de leur assiduité, de leur expérience et de leur capacité relationnelle. Du côté de l'organisation sanitaire, la mise à disposition ou non d'un plateau technique à la pointe du progrès médical, le développement ou non d'un partenariat efficace avec d'autres structures de soins, la pertinence de la gestion des moyens financiers alloués, la capacité à endiguer la propagation de maladies nosocomiales, le management des professionnels, l'articulation des diverses unités et la coopération entre les services, sont autant de déterminants, parmi d'autres, qui orienteront de manière inéluctable la production en cours du corps blessé médullaire.

Autant dire que si la connaissance du niveau de l'atteinte médullaire permet un diagnostic médical en termes de probabilité - à savoir : à tel niveau de lésion correspond habituellement telles et telles incapacités - reste qu'énoncer précisément ce que sera effectivement le potentiel corporel de tel patient à sa sortie de l'établissement est tout à fait impensable. Il est impossible à l'expert médical de prédire si tel ou tel faisceau musculaire reprendra ses fonctions, et si oui, dans quelle mesure, avec quelle capacité de résistance à l'effort, si tel ou tel type de sensibilité innervera ou pas, telle ou telle zone de la partie corporelle sous-lésionnelle, etc.

Ainsi le corps blessé est devenu brutalement et objectivement différent, ainsi que relativement incertain dans son devenir. Pour autant, si la différence corporelle s'impose, évidente pour chacun, paradoxalement sa mise en sens tarde à s'effectuer pour l'homme blessé... Le patient vit subjectivement une expérience corporelle, à laquelle il attribue très peu de significations. Cette période de la trajectoire sanitaire se révèle être un *no man's land* sémantique.

Une différence somatique qui tarde à se sémantiser...

Si la condition corporelle a soudainement changé, si elle impose ses contraintes objectives depuis quelques semaines déjà, l'observation clinique de l'homme blessé force à constater un phénomène récurrent : il est peu en lien son expérience corporelle, tout du moins, son témoignage est exsangue, réduit à très peu de significations. La dissemblance organique s'impose, patente et massive, nécessairement expérimentée, et pourtant, parallèlement, elle demeure très peu sémantisée. Ainsi, le changement somatique signifie surtout, et presque exclusivement, pour le traumatisé médullaire en ce début de trajectoire sanitaire, une différence au regard de son expérience corporelle antérieure, autrement dit une distinction entre deux types d'éprouvés.

Mais quant à proposer quelques significations plus précises sur cette différence, à qualifier de manière plus aboutie ladite expérience, il semble bien que l'homme blessé rencontre là quelques obstacles. Et lorsque quelques-uns s'essayent à l'exercice, la description reste irrémédiablement laconique : l'expérience est dépeinte comme semblable à un mal-être, général, probablement, ou tout du moins mal circonscrit. Les mots ne viennent pas spontanément narrer le vécu. Et d'ailleurs, beaucoup émettent des doutes *a posteriori* sur l'existence de vocables pertinents pour qualifier cet éprouvé. Un certain nombre de blessés mentionnent avoir pris conscience très tôt de la perte de leur faculté à marcher, soit parce qu'ils ne ressentaient plus leurs jambes, soit parce qu'ils ne les contrôlaient plus, soit parce que le handicap avait déjà été annoncé. Il n'empêche qu'énoncer quelques mots, quelques mots seulement, pour esquisser l'expérience d'un corps qui, non seulement n'est plus apte à la locomotion sur deux jambes mais qui, de surcroît, présente des modifications notables, en matière de sensibilité, d'équilibre, de musculature, de tonus, de digestion, d'excrétion, de reproduction, de risques, etc., semble bien peu. Au regard de l'étendue du changement corporel, le réseau sémantique développé semble resté en jachère.

Certains, à défaut de pouvoir décrire leur expérience corporelle, se l'expliquent. Le sens produit relève alors du lien causal. Là encore, les significations ne prolifèrent pas vraiment. Les patients infèrent généralement une incidence directe entre leur état corporel et l'accident, sans pouvoir aller plus avant. D'autres, et aussi parfois les mêmes, convoquent l'idée de « maladie » pour donner sens à cette empirie atypique, et projettent leur guérison dans un futur à venir.

Plus avant, pour tous les accidentés (sauf cas particulier), cette prime expérience ne fait pas sens pour ce qu'elle est. Qu'est-ce à dire ? La compréhension par l'homme blessé de son expérience corporelle particulière, comme étant liée à un état séquellaire définitif, impliquée par une situation de handicap irrémédiable, avec toutes les contraintes et les potentiels que cela suppose, nécessitera plusieurs mois à minima avant que de devenir possible. Ainsi si la différence est perçue, elle ne fait pas vraiment sens pour autant. Une expérience inédite n'a pas pour corollaire immédiat un réseau de signifiants. Et, de fait, l'observation clinique amène à

constater que l'éprouvé extra-ordinaire nécessite un processus de sémantisation préalable avant que de devenir plus aisément appréhendable. Ce procès de mise en sens permettra tout d'abord à l'homme blessé de découvrir, non pas une connaissance relative à son éprouvé somatique, mais bien toute l'étendue d'une étrangeté incarnée.

De la différence somatique à l'étrangeté incarnée

Et, de fait, qu'est-ce qui se dévoile progressivement à l'homme blessé alors qu'il focalise son attention sur son expérience corporelle? De quelle nature sont les éprouvés qu'il décrit surgir de son corps accidenté?

Les mots convoqués pour tenter de rendre compte de cette empirie somatique, sont difficiles à trouver. Ils semblent ne pas être adéquats pour désigner nombre des phénomènes éprouvés. C'est avec hésitation, insatisfaction souvent, dépit parfois, que sont mobilisés divers vocables pour qualifier le ressenti somatique. «Fourmillements», «brûlure», ainsi que «changement thermique», «décharge électrique», ou bien «toucher comme une surface», «toucher engourdi», et d'autres encore, participent à ce florilège lexical bariolé mais imprécis. Ces éprouvés paraissent insolites aux yeux de l'homme blessé, de fait ils étaient tout à fait inconnus jusqu'alors. Ainsi, l'homme blessé expérimente l'apparition progressive de l'étrangeté au sein de son propre corps, au fil d'un processus de conscientisation. Des éprouvés qui ne participaient pas de son vécu somatique antérieur à l'accident s'imposent, des réactions physiques sans lien avec sa volonté se produisent, et, à défaut de pouvoir s'en départir, il faut bien les accueillir bon gré mal gré comme on reçoit un étranger en sa demeure. De là à les reconnaître siennes..., le pas est très rarement franchi. Ces éprouvés sont bien souvent désignés comme extérieurs à la personne, différenciés de son être propre, bien que participant à son expérience corporelle.

A contrario, un autre pan de l'expérience somatique ressemble à s'y méprendre aux habitudes corporelles précédant l'accident, à un détail près cependant. Or, cette vétille n'est pas banale : les sensations éprouvées par le blessé médullaire ne sont pas toujours confirmées par les observations visuelles que ce dernier peut effectuer sur son corps au même instant. Ainsi, il est arrivé qu'un patient puisse éprouver très exactement la sensation du drap sur ses orteils, alors qu'aucun linge ne recouvre ses pieds. Pareillement, un autre raconte à quel point la douleur induite par la piqûre d'un insecte a été violente et inattendue, et constate qu'aucun indice corporel ne laissa la moindre trace permettant d'authentifier la véracité de cette mésaventure. Un troisième encore explique qu'il lui arrive de ressentir un orgasme lors de rapports sexuels, sans pour autant avoir d'érection, ni d'éjaculation. Ces situations sensorielles paradoxales, où les signaux recueillis par l'ensemble des sens de l'homme blessé ne peuvent pas s'accorder, semblent plutôt fréquentes. L'homme blessé est donc face à des messages contradictoires (s'il les confronte) en provenance de son corps. Toute la difficulté pour l'homme blessé réside apparemment dans le fait que cet écart de

consonance entre les sens ne soit pas constant dans le temps. En effet, il arrive aussi que l'ensemble des éprouvés soit corroborant, et même pertinent.

Une autre caractéristique du potentiel sensitif du blessé médullaire est aussi fréquemment évoquée par nombre de patients : sa variabilité. Ainsi, au fil du temps, certaines sensations se révèlent changeantes, parfois intenses et nettes, parfois beaucoup plus étouffées, à certains moments décalées au regard de l'origine temporelle du stimuli, certaines fois encore différentes en qualité pour un stimuli pourtant sensiblement équivalent. Plus surprenant encore est la disparition de ces éprouvés, sans cause apparente, durant une période apparemment aléatoire. Rajoutons que quelques blessés ont mentionné l'apparition de nouvelles sensations atypiques, même plusieurs années après l'accident. L'un d'eux raconte l'irruption de violentes douleurs dans la troisième année suite à son traumatisme médullaire, avec la caractéristique déconcertante d'apparaître de manière réglée un jour sur deux.

Enfin, cette étrangeté ne saurait être totalement circonscrite à la partie corporelle sous-lésionnelle. Les patients décrivent la partie organique supposée restée normale, comme ne réagissant pas toujours strictement comme à l'accoutumée. Par exemple, des migraines ou des suées sur le front peuvent apparaître, dont il faudra chercher la cause dans l'état de santé de la partie corporelle lésée. Pour autant, cette portion organique semble demeurer très largement fiable aux attendus usuels, construits dans le cadre de la socialisation corporelle antérieure.

Ainsi, émerge progressivement à la conscience du traumatisé médullaire l'expérience d'une sensibilité faisant fi de son bon sens. Décontenancé, il va alors tenter de remédier à la situation en cherchant à établir un ordre sémantique sur ces éléments sensoriels épars. Cette finalité sera partiellement atteinte au prix d'un long processus de sémantisation collective de ses éprouvés somatiques.

Le fondement du processus de sémantisation de l'expérience corporelle : l'omniprésence du corps

Un des changements majeurs qu'impose le milieu sanitaire, ainsi que mais pas seulement l'avènement d'un nouveau potentiel corporel, est une omniprésence du corps à la conscience de l'homme blessé. Si d'ordinaire, le corps est très largement absent à la conscience dans la vie quotidienne, tout en permettant par sa présence fonctionnelle et silencieuse d'agir sans plus y penser davantage, si donc le corps a usuellement un statut de présent-absent, force est de constater que l'hospitalisation bouleverse radicalement cet ordre des choses. Tout à l'opposé, le corps blessé est, en situation de soins, le fondement même de toutes les relations, l'objet de toutes les attentions, le sujet de nombre de discussions. Il s'impose au cœur de la scène sociale.

Davantage : l'ordre soignant repose sur une conscientisation quotidienne et objectivante du processus corporel, tant dans son fonctionnement et ses progrès que dans ses pertes irrémédiables. Le médecin interroge souvent longuement le patient avant de poser son diagnostic, et l'amène par là même à une posture réflexive, avant que de lui transmettre un ensemble de significations relatives à son état de santé. Le rééducateur, l'infirmier ou l'aide-soignant, l'ensemble des membres de ces deux

collectifs de travail, explique consciencieusement son état corporel au blessé, et réitère autant que de besoin cette transmission d'informations. Les mêmes questionnent le patient au sujet de son état somatique et engagent la conversation sur la situation corporelle, ceci à la fois pour adapter au mieux l'action soignante ou rééducative en cours, à la fois pour stimuler l'implication et la réflexion du patient, à la fois pour lui faire découvrir des repères dans son expérience somatique qui se révéleront bien utiles par la suite. Ainsi les relations soignantes sont corpo-centrées. Par ailleurs, l'exposition journalière de sa nudité aux yeux d'autrui, tout professionnel qu'il soit, la dépendance physique et la nécessité de l'aide d'un tiers pour nombre d'actes de la vie quotidienne, le fait que vos proches et vos visiteurs s'enquière systématiquement de votre état de santé et de son évolution, autant de facteurs qui concourent à rendre présent le corps à la conscience de l'homme blessé. Enfin, dès lors qu'il a compris qu'un retour à la norme somatique antérieure n'était pas envisageable, le traumatisé médullaire lui-même investit continuellement son état corporel. Par exemple, nombreux sont ceux qui, le soir, allongés dans son lit, passent en revue leurs possibles corporels, et tentent de discerner quelque avancée ou «récupération». En outre, ils développent une attention de tous les instants en direction de leurs pairs et de leur potentiel corporel. Notamment, ils recueillent une multitude d'informations par leur observation quotidienne, par les échanges récurrents au sujet de leur processus organique, par la comparaison de leurs «cas» respectifs, ainsi que par une compétition ludique entre «chariots». Le processus de sémantisation est donc porté par l'ensemble des relations soignantes et rééducatives, ainsi que par les observations et les relations entre pairs, ou encore par les échanges avec les proches. L'omniprésence du corps force à la sémantisation de l'expérience qui en est faite.

Créer du sens commun autour de sensations inconnues : tentatives d'objectivation

Cette forte propension de chacun des traumatisés médullaires à vouloir comprendre son expérience corporelle, les pousse à chercher du sens auprès de leurs pairs comme auprès des professionnels. Or, l'observation montre que les autres patients, étant eux-mêmes confrontés à cette difficulté sémantique, ne sont quasiment d'aucun secours en la matière. De plus, les proches (sauf cas particulier) ne peuvent pas davantage être mobilisés pour réussir cet exercice. Cet état de fait explique pourquoi l'homme blessé se tourne vers les professionnels, et s'appuie presque exclusivement sur ces tenants d'un savoir médical et scientifique pour développer sa compréhension des éprouvés atypiques et inédits.

Le corps médical au sens large va donc être très amplement sollicité pour poser des significations sur le vécu somatique afférent à la zone corporelle sous-lésionnelle, et ce, que les sensations soient inconnues pour l'homme blessé ou au contraire conformes à son expérience somatique antérieure. De fait, la moindre étincelle de sensibilité est vécue par l'homme blessé comme un espoir sérieux de «récupération» de ses facultés passées. C'est pourquoi le moindre signal somatique est l'objet d'une investigation minutieuse. Parallèlement, pour les rééducateurs, il s'agira davantage

de vérifier la fiabilité, et par suite la validité, des éprouvés mentionnés, et cela pour une meilleure appréhension du tableau clinique, ou encore une orientation plus fine des objectifs du projet thérapeutique, en autres choses.

Ainsi, il va être déployé une batterie de tests correspondant à différents types de sensibilité, notamment pour répondre à la demande de l'homme blessé, mais pas seulement. Or, ces protocoles sont fondés sur les catégories légitimes de la sensibilité valide, et uniquement sur ces attendus. C'est pourquoi le résultat de ces objectivations minutieuses se solde surtout par la mesure d'un écart à la norme sensorielle « valide ». Et si l'homme blessé apprend au cours de ces passations de test un ensemble de termes relatifs à la sensorialité «valide», s'il est instruit de ces différentes catégories, et parfois même du fonctionnement physiologique qui les sous-tend, beaucoup des impressions émanant de la zone corporelle lésée reste sans explication aucune, sans signification autre que celle déjà donnée : l'étrangeté.

Plus avant, il semblerait qu'il n'existe pas aujourd'hui, en l'état de l'avancée des technologies d'investigation médicale, d'appareillage permettant d'obtenir une autre certitude que celle du passage effectif ou non d'un influx nerveux, ou de la mobilisation réelle ou non de telle ou telle zone du cerveau dans le traitement des informations sensorielles. Rien donc qui permette d'accéder à une mesure plus qualitative des sensations en cours.

Par ailleurs, plus le patient essaye d'être précis dans ses réponses au rééducateur, moins ce dernier appréhende de quoi il est question. Les catégories et les signifiants coutumiers semblent bel et bien caduques pour désigner une part de l'éprouvé corporel médullaire. Ainsi, cette empirie se présente comme non partageable avec autrui. Ce vécu se dresse et s'impose, puissamment retranché, fermement campé hors du sens commun. L'intersubjectivité semble être, pour une part de l'expérience, vouée à l'échec.

Kiné : Est-ce que cela pique?

Patient : Non, pas vraiment... (Pause)

Kiné : Est-ce que vous sentez normalement?

Patient : Pas normalement, mais je sens... (Pause)

Kiné : Et là?

Patient : Je sens un peu plus... (Pause)

Kiné : Ici?

Patient : Moins...

Mise en sens et mise en mots consensuelles

Malgré ces difficultés majeures à pouvoir partager l'expérience sensorielle de la zone corporelle sous-lésionnelle, une part de ces éprouvés somatiques va néanmoins être sémantisée, progressivement et collectivement. L'observation ethnographique a permis de dégager deux types de sémantisation de ces signaux corporels hors-norme, un premier type aboutissant à l'attribution d'un mot ou à la désignation du phénomène par un lien de cause à effet, et le second débouchant sur l'assignation de vocables communs aux catégories de la sensibilité « valide », mais cela au moyen

d'une entorse volontaire et consciente au bon sens de l'homme blessé. Ainsi, un processus de sémantisation va se mettre en œuvre, opérant à partir de situations partagées entre patients et professionnels, et permettant la mise en connexion d'un signifié, d'un signifiant et d'une ou plusieurs signification(s).

Prenons un exemple.

« Au début quand on me positionnait dans mon lit, on me demandait si cela me convenait. Mais moi je ne savais pas! Je ne sentais rien! Mais au bout d'un quart d'heure, vingt minutes, je ne me sentais pas bien, mal, pas loin du malaise! Alors je sonnais!... Maintenant je sais pourquoi : c'était parce que les épaules n'étaient pas dans l'axe du bassin. » (F., 24 ans, profession intermédiaire)

L'analyse de cette situation (laquelle a été observée à plusieurs reprises) permet de saisir de manière plus aboutie ce qu'est le processus de sémantisation. Tout d'abord, le fait est que ni le patient, ni les soignants, n'anticipent l'apparition de cette sensation mal définie mais impliquant des effets majeurs, et nécessitant l'intervention en urgence du personnel. Cet éprouvé ne fait pas partie des attendus et habitudes du patient, et pas plus de ceux des professionnels. Il s'agit donc d'un signifié – phénomène perceptible : une source verbale ou non verbale, matérielle et/ou immatérielle de stimuli – qui se présente sous la forme d'une sensation atypique. Aucun vocable n'est mobilisé pour désigner spécifiquement cette information sensorielle, ce signifié n'est que très peu sémantisé, aucun symbole ne peut le rendre présent à l'esprit en son absence. De fait, il est inséré dans une catégorie de signifiant générique : «malaise». Enfin, il ne fait pas précisément sens, bien qu'il faille pourtant rapidement trouver une issue. Aucune signification n'a été connectée à ce signifié, ce qui invalide par voie de conséquence une réaction prompte et efficace.

Un soignant propose de sonder le patient, avançant ainsi implicitement la signification hypothétique suivante : le patient serait en train de faire un globe urinaire. Une fois cette tâche effectuée, le patient semble aller mieux. L'équipe médicale sort de la chambre avec la satisfaction du devoir accompli. Le patient se rendort.

Une demi-heure après, nouvel appel en urgence, toujours en provenance de la chambre 12. L'équipe se mobilise à nouveau. Elle trouve le patient, blême, au bord de l'évanouissement, couché dans son lit. Le malaise est si violent qu'il a été sorti de son sommeil. Que penser de ce signifié? Le patient semble très en difficulté pour décrire cet éprouvé. Il n'a pas de mots à proposer, si ce n'est ce terme générique de «malaise».

Une autre signification est alors proposée à la connexion par un aide-soignant : une intoxication alimentaire. Est recensé alors tout ce qu'a ingurgité dans les dernières heures le patient. Mais rien de probant n'est trouvé dans l'énoncé du menu du blessé médullaire. Pas de nouveau médicament? Non plus. Pas de modification de quantité en matière de traitement médicamenteux? Pas davantage. Le patient est-il fiévreux? Non. Peut-être est-ce lié à des angoisses? La question traverse les esprits des membres de l'équipe de nuit. Ils procèdent alors à un repositionnement du corps du patient, lui font un massage et échange quelques mots apaisants avant de le laisser à

nouveau seul au fond de son lit. Pour l'équipe, la signification valide pour donner sens au signifié récalcitrant est incontestablement la suivante : les angoisses du patient. Et, de fait, cette signification a permis une action efficace puisque le patient terminera sa nuit sans autre difficulté à signaler.

Pourtant, même si cette connexion s'est révélée une première fois pertinente, le même scénario se déroulera plusieurs soirs d'affilée. En effet, c'est le repositionnement du corps du blessé médullaire qui avait eu un effet bénéfique, et non pas l'apaisement psychologique du patient. Cette prime déduction était erronée, mais avait permis un traitement efficace. Il faudra donc encore quelques tentatives de mise en connexion entre signifié et signification avant que la procédure d'essai-erreur-correction permette d'aboutir au résultat escompté, à savoir : une signification permettant une intervention fiable dans ses conséquences.

Ainsi, la cause de ce malaise violent est la torsion de l'axe bassin-épaules. Si cette découverte s'est avérée appropriée en termes de traitement, pour autant elle ne sera pas approfondie plus avant. Ce signifié ne sera pas investigué. Tous les acteurs en présence semblent agir comme si ce signifié était somme toute, dans la mesure où ses effets intempestifs sont endigués, insignifiant. Et, de fait, cette sensation ne se verra pas attribuer de signifiant spécifique. Elle restera nébuleuse, indistincte dans une portion du réseau sémantique qui restera résolument vague et imprécise : « malaise ».

L'observation ethnographique nous amène à généraliser ce résultat : il semblerait que ce soit usuellement les soignants qui soient à l'origine d'une proposition de signifiant, s'il y a. Ce qui autorise à penser que la légitimité à proposer des signifiants n'est pas également partagée, de même que tous ne peuvent être aisément porteur d'un intérêt à approfondir la connaissance d'un phénomène.

Expérience corporelle insensée et sémantisation déraisonnable

Par voie de conséquence, des pans entiers de l'expérience corporelle des blessés médullaires ne sont que peu, voire pas, explorés. Des tas de raisons expliquent en outre cet état de fait. Nous venons d'évoquer la légitimité inégalement partagée entre les acteurs à promouvoir l'intérêt d'une telle investigation, mais d'autres freins et obstacles sont à mentionner. Tout d'abord, cet ensemble de phénomènes sensoriels étranges, vécus par les patients, sont couramment désignés par les professionnels par le vocable «neuro», hyperonyme suggérant une multitude de causalités ayant pour origine le fonctionnement de la matière organique, soulignant l'infinitude des réaménagements somatiques provoqués par l'accident. Cette option lexicale met en lumière le peu d'intérêt actuel des rééducateurs et des soignants à développer une compréhension plus aboutie desdits phénomènes. Par ailleurs, règne aussi l'idée que ces éprouvés sont pour une bonne part non partageables : les patients ne trouvent pas les mots, et lorsque ceux-ci sont énoncés, ils ne font pas écho à l'expérience corporelle « valide ». Ainsi, l'intersubjectivité est pensée comme *a priori* impossible. En outre, une portion de ces sensations est probablement uniquement fonction d'individus donnés, ou, tout du moins cette hypothèse est plausible. Or prospecter

chaque potentiel sensoriel singulier demande du temps, condition difficilement conciliable avec les injonctions contemporaines à la rentabilité. Enfin, un rapport entre ces phénomènes éprouvés et un réel objectif est considéré comme improbable, ce qui amène les soignants et les rééducateurs à accorder peu de crédit à ces diverses expériences.

Néanmoins, une certaine catégorie de phénomènes sensitifs, appelée «douleurs neurologiques», échappe à cette logique implacable de l'objectivité. Et c'est là que se complexifie ce processus de sémantisation collectif de l'expérience somatique du blessé médullaire. En effet, des phénomènes sensoriels qui ne sont pas objectivables, hormis observation clinique du patient en souffrance, peuvent être jugés réels par le corps médical, alors que d'autres sensations qui ne sont ni plus ni moins objectivables sont déclarées inexistantes. Que peut faire l'homme blessé de cette apparente contradiction, alors qu'il tente de trouver cohérence et sens au sein son expérience corporelle ? Quoi qu'il en soit, les critères de validation alors retenus par les soignants, ne sont pas l'objectivité des symptômes, mais la concordance des éprouvés décrits par le patient avec un tableau clinique connu, et donc reconnu, ainsi que l'efficacité *a posteriori* des traitements médicamenteux.

Plus avant, l'homme blessé est tenaillé entre son aspiration à se connaître et à se comprendre toujours davantage et le risque de passer pour un individu ayant des troubles psychiques suffisamment importants pour mettre en péril son rapport à la réalité : il ressentirait et prendrait en considération des éprouvés qui n'existent pas. Pourtant quelques accidentés franchissent le pas. Ils s'affranchissent partiellement du joug de la sémantisation collective, non pas pour la contredire ou lui faire obstacle, mais bien pour la compléter, pour combler le vide sémantique qu'elle laisse béant. Ainsi, ces patients découvrent quelques liens efficaces de cause à effet, débusquent un peu d'ordre dans cet imbroglio sensoriel, dévoile une relation intelligible à laquelle ils ne donneront généralement pas de nom. En effet, ces sémantisations, déraisonnables en ceci qu'elles sont hors du sens commun et du champ des connaissances scientifiques, malgré l'efficacité des actions qu'elles permettent, restent généralement divulguées à l'intérieur d'un cercle très restreint.

Cependant, ces sémantisations dites déraisonnables permettent couramment d'aménager quelque peu le quotidien de l'homme blessé. Tel qui a réussi à connecter le signifié «sensation de fourmillement dans le bas ventre» et la signification «arrivée de l'urine dans l'urètre», se trouve moins pris au dépourvu face aux fuites urinaires. Tel qui arrive à connecter certaines «sensations de tension» à un possible «déclenchement de contracture», pourra impulser volontairement quelques mouvements pour changer de posture ou bien attraper un objet tombé au sol, etc. Autant de résultats non négligeables lorsque votre corps semble être votre propre geôlier. Pour autant, ces perspectives sémantiques dites déraisonnables et proprement innovantes demeurent toujours extrêmement réduites dans leur étendue au regard des résultats du processus collectif de sémantisation. L'expérience corporelle blessée médullaire demeure pour une part insensée.

Conclusion

L'objectif n'est pas, bien évidemment, de «tout» sémantiser. Et d'ailleurs, est-ce possible? Ce serait certainement un leurre d'y croire, et cela pour deux raisons au moins. Tout d'abord, toutes les informations sensibles recueillies par nos capteurs ne parviennent pas à notre conscience, deuxièmement notre appareillage sensitif n'est pas prévu pour retenir l'infinitude du réel. Ainsi des pans entiers de l'existant nous échappent inéluctablement. Or, la conscience étant nécessaire à ce processus de mise en sens de l'expérience, il est par voie de conséquence limité. Pour autant, l'expérience corporelle des blessés est, elle, consciente, caractérisée par plus ou moins d'acuité, plus ou moins de discernement. L'obstacle à franchir ne peut donc se situer à cet endroit.

Mais, plus avant, rien ne permet aujourd'hui de postuler qu'un ordre sensoriel existe nécessairement, pas plus qu'il sous-tend l'ensemble de ces éprouvés insensés ; rien ne permet d'affirmer avec conviction l'inverse non plus. Beaucoup reste donc à explorer. Et si l'investigation se réalise, ce seront probablement plusieurs catégories de phénomènes et de processus qui seront dévoilés, de nature diverses, générant davantage de complexité encore.

Ainsi, s'il est difficile de statuer sur cette sensibilité insensée, reconnaissons que des significations viennent néanmoins la recouvrir d'un réseau sémantique. Qu'est-ce à dire? D'une prime différence corporelle expliquée par une cause générique, à savoir : l'accident, l'homme blessé passe progressivement à la reconnaissance d'une étrangeté incarnée. Et c'est cette étrangeté elle-même, qui est sémantisée comme telle. De fait, l'observation amène à constater la constitution, au fil du temps, d'un rapport non pas à un soi-même étrange, mais à une altérité avec laquelle il faut cohabiter. Altérité amie ou altérité inquiétante, mais altérité bien souvent. Le corps se révèle petit à petit être devenu un autre que soi, dans sa zone sous-lésionnelle tout du moins. Le rapport d'identification à la matière organique est clairement réaménagé, générant un nouvel écart sémantique à l'entendement «valide».

Bibliographie

- ALBY J.-M. et SANZOY P. (1987). *Handicap vécu, handicap évalué* Grenoble, La Pensée sauvage.
- BARTHE J.-F. (1990). Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutique *Revue Française de Sociologie*, vol. XXXI, pp. 283-296
- BAUDRY P. (1998). Le non verbal : un point de vue sociologique, *Communication et organisation*, n°18
- BERNARD M. (1995). *Le corps*, Paris, Seuil
- BERTHELOT J.-M. (1985). Le corps contemporain : figures et structures de la corporéité, *Recherches sociologiques*, vol. XXIX, n°1, pp. 7-18
- BOUMEDIAN N. (1996). Corps et genèse des principes de construction du monde social : une approche interactionniste, *Revue suisse sociologique*, n°22, pp. 139-157
- BROHM J.-M. (2001). *Le corps analyste – essai de sociologie critique*, Paris, Economica

- CHEVANCE J.-P. (2002). Le handicap à vivre : le point de vue de la personne handicapée, *Déficiences motrices et situations de handicap*, Paris, APF, pp. 63-70
- CICOURCEL A. (1985). Raisonement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine, *Actes de la recherche en Sciences sociales*, pp. 79-89
- COOK J. (2000). Le handicap est culture, *revue Prévenir*, n°39, coopérative d'édition de la vie mutualiste, pp. 61-70
- GARDIEN E. (2008). *L'apprentissage du corps après l'accident*, Grenoble, PUG
- GOFFMAN E. (1975). *Stigmates – usages sociaux du handicap*, Paris, éd. De Minuit
- KORF-SAUSSE S., CICCONE A., MISSONNIER S., SCELLES R. (2007). *Cliniques du sujet handicapé*, Ramonville Saint Agne, Erès
- LE BRETON D. (1982). Corps et symbolique sociale, *Cahiers Internationaux de sociologie*, vol. LXXVIII, pp. 273-286
- LE BRETON D. (1992). Handicap d'apparence : le regard des autres, *Ethnologie française*, vol. 21, n°3, pp. 323-330
- LORENZA M. (1997). Processus de catégorisation et construction discursive des catégories, *Catégorisation et cognition – de la perception au discours*, sous la dir. de Danièle Dubois,, Paris, éd. Kimé
- MERCIER M. (2004). *L'identité handicapée*, Namur, PUN
- MURPHY R. (1990). *Vivre à corps perdu*, Paris, Plon
- SEGAL P. (1977). *L'homme qui marchait dans sa tête*, Paris, Flammarion
- VIGARELO G., VIVES J. (1983). Technique corporelle et discours technique, *revue EPS*, n°184, pp. 40-47

Résumé

L'expérience corporelle du blessé médullaire présente des spécificités sensorielles, difficilement classables à l'intérieur des catégories usuelles de la sensibilité «valide». Ces éprouvés ne sont que très peu sémantisés en début de trajectoire sanitaire. Ils sont décrits par les patients, de manière très lacunaire, comme une différence consécutive à l'accident. Or c'est à une étrangeté incarnée que fait face l'homme blessé. Et constater le surgissement en son propre corps de phénomènes qui ne font pas sens, appelle progressivement à leur sémantisation. De fait, un processus de socialisation corporelle est déjà à l'œuvre depuis la reprise de conscience du patient. En outre, dans un deuxième temps, l'homme blessé cherchera activement un ordre sémantique à apposer sur son vécu somatique, et sollicitera à cette fin autour de lui. Ainsi, c'est un processus de sémantisation collectif et progressif du vécu somatique des patients, qui se met en œuvre, avec ses modalités de construction de la connaissance, ses critères de validité, ses légitimités, ses contradictions et incohérences, etc. Pour autant, un pan de ces expériences atypiques restera néanmoins vierge de sens, ce qui amènera l'homme blessé au vécu d'une cohabitation avec l'altérité au sein même de son propre corps.

Mots-clés

Handicap – Sensorialité – Corps – Signification – Sémantisation – Catégorisation –
Altérité – Etrangeté – Différence – Expérience corporelle

¹ L'ensemble du propos énoncé ici est issu de l'analyse d'un matériau de terrain conséquent, à savoir : les prises de note d'une observation participante d'une année entière à plein temps en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, les documents écrits et archives recueillis *in situ*, une centaine d'interviews de patients et de professionnels. Dans l'objectif de vérifier la fiabilité du matériau, un croisement de données a tout d'abord été opéré. Puis, une analyse thématique a été mise en œuvre. Enfin, les résultats obtenus ont été soumis à la controverse des acteurs impliqués, et la confrontation avec d'autres écrits scientifiques a été réalisée.