



HAL
open science

Reconstruire le cerveau : sociologie de l'accident vasculaire cérébral et de sa rééducation

Muriel Darmon

► **To cite this version:**

Muriel Darmon. Reconstruire le cerveau : sociologie de l'accident vasculaire cérébral et de sa rééducation. SociologieS, 2022, 10.4000/sociologies.19134 . halshs-03824827

HAL Id: halshs-03824827

<https://shs.hal.science/halshs-03824827>

Submitted on 23 Dec 2022

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.

Sociologies

Grands résumés

2022

Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC

Reconstruire le cerveau : sociologie de l'accident vasculaire cérébral et de sa rééducation

Grand résumé de l'ouvrage *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, Paris, Éditions La Découverte, 2021

MURIEL DARMON

<https://doi.org/10.4000/sociologies.19134>

Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

 Tout accepter

 Tout refuser

 Personnaliser

[Politique de confidentialité](#)

accessible à l'adresse : <https://journals.openedition.org>
sco Panese à l'adresse : <https://journals.openedition.org>

de démence ou de handicap acquis chez l'adulte, et brutalement faire disparaître ou empêcher, de façon et d'un nombre de capacités de la vie quotidienne, dans des domaines très divers : la marche, la déglutition, la communication, etc. Ces altérations peuvent être entièrement ou partiellement évitables, donc en particulier la question de la récupération des capacités des individus aux handicaps acquis. Les enjeux des issues de l'AVC (mortalité, séquelles) sont bien connus, qui mettent en avant les facteurs explicatifs

que sont le délai d'intervention, le type d'artère bouchée ou les localisations de la lésion, l'état du cerveau et du patient et la précocité ou la qualité de la rééducation. Faire intervenir la sociologie consiste à se donner les moyens d'apporter d'autres réponses à cette même question, en soulignant que les séquelles, à gravité équivalente de la lésion, ne seront pas les mêmes si le patient est un homme ou une femme, un ouvrier ou un cadre supérieur, une personne dont les récupérations ont une grande ou une moindre valeur pour les professionnels, si la compétence perdue a une grande ou une moindre valeur pour le patient, si l'AVC a laissé intact chez lui un rapport aisé ou difficile aux modes scolaires d'apprentissage, et d'autres facteurs qui apparaissent au fil des chapitres de ce livre, qui cherche précisément à identifier les processus sociaux par lesquels les différences et inégalités dans les issues biologiques et neurologiques de l'AVC se produisent. L'AVC et ses séquelles ne sont pas seulement une question de cerveau, ou plutôt, tout n'est pas neuronal dans le cerveau : ce qui s'y joue est déterminé, construit et reconstruit, par des structures sociales qui lui sont extérieures mais qui le façonnent.

Une sociologie empirique générale de l'AVC

- 3 Engager de telles analyses revient à considérer l'AVC comme un objet « comme un autre » pour la sociologie – dans la lignée d'un parcours de recherche comportant notamment une sociologie de l'anorexie (par exemple Darmon, 2003). Il s'agit de poser empiriquement des questions théoriques ou épistémologiques que je trouve pour ma part trop souvent débattues par des discussions scientifiques « en fauteuil », enclines aux pétitions de principe et qui s'interrogent *in abstracto* sur l'opportunité de l'interdisciplinarité entre sciences sociales et neurosciences ou bien sur les frontières effectives ou souhaitables entre sociologie et biologie.
- 4 L'enquête ethnographique qui a permis de construire ces questions a été menée pendant plus d'une année, d'abord dans un service de neurologie spécialisé sur les cas d'AVC d'un hôpital universitaire, puis surtout dans les services de rééducation (post AVC et traumatisme crânien) du même hôpital, ainsi que dans un centre privé de rééducation. Grace à ce dispositif d'enquête, j'ai pu « suivre » certains patients depuis



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

✗ Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

giques jusqu'à la fin d'une rééducation qui s'étale sur ; des services tout à fait particuliers, qui combinent « classique » avec ses équipes médicales et para-elles ou partagées, ses visites, etc.) et « plateau » différents professionnels de la rééducation et les : kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, que adaptée, service social, mais aussi une maison buanderie, son atelier et un simulateur de conduite

gie ou sciences sociales de l'AVC, était assez limité et iques ne communiquant en rien : tout un pan d'études ologiques) sur les facteurs de risques ou les issues de is précisément sur les positions socio-économiques ¹ ; xpériences narratives d'AVC, celle-ci au contraire es à de très rares exceptions près ² ; une sociologie de ations difficiles, exclusivement centrée sur la prise en u point de vue médical (Mino, Douguet & Gisquet,

2015).

- 6 L'ambition théorique, qu'expriment le plan de l'ouvrage et la succession de ses différents chapitres, a consisté au contraire à articuler ces regards sociologiques, mais surtout à les intégrer dans une approche sociologique générale qui éclaire plus d'aspects des parcours post-AVC et rend compte progressivement de la structuration sociale des cerveaux. En ce sens, l'ouvrage est aussi une interrogation sur ce que « faire de la sociologie » peut vouloir dire et sur les différentes orientations mobilisées pour éclairer cet objet.

Des différences sociales dans les récits, les survenues et les récupérations

- 7 Il est d'abord possible – et même attendu, vue l'importance qu'a longtemps eue la sociologie des *narratives* et des crises biographiques pour aborder la santé – de se pencher sur la façon dont les patients racontent et vivent leur AVC, à partir de l'examen de quelques témoignages de victimes d'AVC (chapitre 1). Bien qu'à visée principalement illustrative et introductive, cette étude suggère deux types de résultats. Tout d'abord, l'existence d'un « récit majeur » (Hyden, 1997), une forme légitime de récit d'AVC qui suit une structure identifiable, récurrente de témoignage en témoignage. Mais l'approche des récits d'AVC révèle aussi l'existence de variations, notamment de classe et de genre : selon qui l'on est socialement, on ne raconte pas son AVC de la même manière, on ne manifeste pas un même rapport aux médecins, au « corps » ou au « cerveau » (ce dernier étant personnalisé chez les victimes d'AVC les plus proches du monde médical), on n'accorde pas la même importance aux mêmes pertes ou aux mêmes récupérations (avec par exemple une attention diverse aux handicaps moteurs ou cognitifs, selon là encore la position sociale, ainsi qu'un rapport très genré à certaines pertes qui empêchent de respecter les normes de féminité ou de masculinité). Enfin, reviennent chez les victimes très diplômées un goût pour la forme scolaire de la récupération et un motif – la capacité, voire la fierté à « tromper son monde » sur les pertes encourues ou en tout cas à parvenir à compenser la perte – dont on ne trouve pas d'équivalent dans les autres témoignages.

- 8 Ce sont les différences de classe et de genre, seulement effleurées dans le premier



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

✗ Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

que en termes d'inégalités sociales de santé permet avant, en examinant la survenue et les récupérations l'AVC – et frappés plus jeunes – les classes populaires (personnes appartenant aux groupes de bas statut socioéconomique, les habitants d'un quartier défavorisé ou les personnes les plus pauvres, les habitants d'un quartier défavorisé) et en outre, en connaissent des formes plus sévères et en sont plus touchés que les classes populaires par la pathologie, les classes supérieures (ou, selon les études à nouveau, les personnes des classes de haut statut socioéconomique, les cadres, les personnes les plus favorisées ou les plus diplômées) en meurent moins souvent et les formes sont moins sévères et en récupèrent mieux (Bos van den Broek et al., 2017). Les femmes touchées par l'AVC que les hommes dans la mesure où les femmes en meurent également plus souvent que les hommes et ne se rétablissent pas aussi bien, même lorsque les effets de l'âge et de l'éducation sont contrôlés (Cordonnier, Sprigg, Sandset, Pavlovic, et al., 2017).

Les différences de classe, sur lesquelles les études ont été beaucoup

plus nombreuses et dont les résultats apparaissent robustes, il ressort clairement que les inégalités de récupération n'opèrent pas seulement au niveau de l'accès aux services médicaux, mais bien à travers l'efficacité différentielle de la prise en charge : à gravité et localisation équivalentes de la lésion, à prise en charge comparable, la position sociale reste prédictive d'une plus ou moins bonne récupération des compétences perdues.

- 10 C'est alors l'ethnographie des services hospitaliers qui doit prendre le relais et tenter d'apporter des explications à ces corrélations identifiées statistiquement. Les chapitres qui suivent mobilisent de ce fait la longue enquête effectuée, ce qui permet également d'opérer un déplacement d'une approche centrée sur le patient, ses facteurs de risque et sa trajectoire médicale à une approche qui prenne en compte plus directement les interactions entre les patients et les membres de l'institution hospitalière, ainsi qu'entre le travail hospitalier et son « matériau humain ». L'enquête ethnographique apporte certaines réponses aux questions (seulement) soulevées par les synthèses épidémiologiques : premièrement, comment expliquer ce que ces études désignent comme « l'absence de relation directe entre l'atteinte cérébrale et ses manifestations cliniques » (Stern, 2002) ? Deuxièmement, comment expliquer les inégalités de récupérations de classe et de genre ?

L'identification des déficits et des pertes

- 11 Le chapitre 3, en se concentrant sur la façon dont les « pertes » de compétences et d'habiletés sont identifiées, mesurées et catégorisées dans le service de neurologie, vise à apporter des réponses à la première de ces questions. Il met en jeu une sociologie constructiviste de la médecine qui fait une place au processus de « définition sociale de la maladie » (Baszanger, 1986) et à la « production d'ontologies multiples » (Mol, 2002) dans les services, ainsi qu'au travail conjugué entre professionnels et patients dans la constitution des symptômes et du dossier médical. Il montre ainsi comment les pertes qui suivent l'AVC sont socialement interprétées et même *conditionnées*, parce qu'elles prennent forme et en viennent à exister pour les équipes et pour les patients au sein d'une institution et des interactions particulières qui y prennent place. L'approche sociologique offre ainsi des outils pour « sortir » de la relation médicale et technique entre la lésion et la perte. Elle apporte des réponses à des questions soulevées par l'explication exclusivement neurologique des pertes – telle partie du cerveau



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

✗ Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

elle compétence perdue ou altérée – qui peine à fonctionner quotidiennement, dans le service, de non-prise en compte de la lésion et la perte (quand les patients sont « plus graves ») et de la façon dont ils sont « bizarrement pas mal du tout par rapport à la norme ». Le chapitre étudie les instruments de mesure et d'évaluation que les équipes utilisent (NIH), les « images » du cerveau du patient et le *feeling* des équipes à son égard, mais aussi la façon dont les pertes qui s'opèrent à distance de l'hospitalisation dans les

services de soins de longue durée tout ce qui distend le lien entre la lésion et ses conséquences. Le chapitre explore la relation entre la lésion et ce qui est identifié comme perte. Il explore la façon dont les équipes de médecins, d'un effet observateur (qui est le résultat de leur propre expérience, quel est même son « style » d'exercice) occupent le rôle de médecin et comment ce dernier peut influencer la façon dont le patient occupe le rôle de patient (comment identifier une certaine manière ?) et d'un effet patient (la façon dont les équipes de médecins variables de parler brouillent l'identification des pertes et comment les équipes de soins de longue durée de ces patients d'origine rurale ou populaire dont

l'articulation gêne le médecin dans son diagnostic, ou de patients de classes supérieures qui « font illusion », parfois sans le vouloir et atténuent la visibilité de leurs difficultés).

13 D'autres discordances entre la lésion et la perte sont produites, dans le domaine cognitif, par une évaluation des déficits qui fait intervenir le sens pratique des médecins dans les jugements professionnels : un comportement non adapté au monde de l'hôpital est-il le résultat d'une lésion ou bien l'expression de dispositions, de classe ou de genre, présentes de façon antérieure, comme dans le cas de patients dits « désinhibés » suite à l'AVC mais dont le comportement témoigne aussi d'un style de masculinité illégitime à l'hôpital propre à le faire étiqueter comme déviant ?

14 Les processus d'apprentissage par les patients de leurs symptômes sont une autre des logiques sociales qui distendent le lien entre la lésion et la perte, puisque les médecins doivent en partie convaincre les patients du ressenti des « bons » symptômes et les patients apprendre à les reconnaître et à les dire. La « présentation » et les déclarations des symptômes par les patients sont donc le résultat d'un travail et d'une imposition médicale visant à « faire coller » la lésion observée sur les images avec la perte manifestée cliniquement par le patient. Mais il s'agit aussi – et parfois inséparablement – de l'effet de l'apprentissage par le patient d'une capacité à ressentir et à dire des symptômes qui l'affectent, comme dans le cas de cet homme de classes populaires, sans doute peu habitué à parler ou même à ressentir certaines sensations somatiques et qui n'arrive pas à dire ce qui l'affecte avant de se reconnaître, après réflexion, dans la sensation visuelle que lui décrit sa médecin.

15 Enfin, lors des consultations qui suivent l'hospitalisation, la participation du patient à la perception médicale de ses symptômes et de ses pertes s'accuse encore, au point de pouvoir parfois imposer une définition de la situation plutôt qu'une autre – par exemple dans le cas de ce patient « très sportif » qui fait passer au premier plan du dossier médical toutes ses pertes motrices, même minimes et qui détourne l'examen des pertes cognitives qui ne sont pas évaluées ou mentionnées. Les pertes sont alors co-construites au cours de la trajectoire des consultations et font intervenir les dispositions et visions du monde des patients, qui ils étaient et qui ils sont au moment de l'interaction en consultation.

16 Les pertes viennent donc à exister à l'hôpital et y sont constamment identifiées, interprétées et mesurées. Mais elles y sont aussi constamment évaluées, célébrées, regrettées, et hiérarchisées. Le chapitre 4 vise ainsi à montrer comment sont attribuées des « valeurs sociales » aux patients, aux pertes et aux récupérations et comment ces



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

✗ Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

le cours des trajectoires médicales. Pour ce faire, il s'agit d'une approche interactionniste et ethnométhodologique en matière de *value* (Paillet, 2021), qu'il inscrit nettement dans une perspective qui pose la question de l'influence des valeurs et des dispositions sur les trajectoires médicales des patients et sur le

valeurs sociales des récupérations

À l'examen de la valeur sociale des patients celles de la valeur sociale qui constituent en fait le véritable objet du chapitre : la valeur sociale de la perte de valeur pour être considérée comme perdue et qui vaut la peine d'être retravaillé, qu'est-ce qui n'en vaut pas la peine ? Il y a aussi des variations structurées dans ces échelles de valeur. Prenons l'exemple de deux patients atteints de déficits comparables, mais dont l'un a une conscience de leurs troubles (et donc touchés

par une même « anosognosie »), qui accordent cependant une importance très variable à leurs pertes et récupérations cognitives ou motrices : l'un d'entre eux, ancien chauffeur de poids lourds, résiste à toutes les tentatives d'une professionnelle pour l'amener à accorder de l'importance à ses troubles de l'attention ; l'autre, ancien directeur d'hôpital, apparaissant presque indifférent à ses handicaps moteurs et entièrement mobilisé sur ses pertes et récupérations cognitives. Ces deux attitudes montrent comment la non-conscience de leurs troubles n'est pas un effet indifférencié de leur pathologie mais s'inscrit aussi dans des visions du monde situées, en l'occurrence en termes de classe, qui « font » les valeurs différentielles des pertes pour les patients, mais aussi, de façon à la fois indépendante et liée, pour les professionnels. En effet, cette approche par la « valeur sociale » fait apparaître le *travail de valorisation* opéré par certains patients pour faire reconnaître à l'équipe la légitimité de leur pertes – comme dans le cas de ce patient de classe supérieure qui parvient à faire sanctionner par l'équipe une perte langagière perçue comme légère voire inexistante et qui obtient *in fine* une rééducation orthophonique qui avait dans un premier temps été jugée inutile.

18 Cette approche par les valeurs sociales des pertes et des récupérations fournit un ensemble d'explications à certaines inégalités de récupération, de classe mais aussi de genre. Ainsi, certaines pertes féminines (la conduite automobile par exemple, mais aussi certaines capacités mobilisées dans le monde du travail) sont perçues comme moins graves que si elles advenaient chez un homme, car il est anticipé qu'à leur sortie de l'hôpital, les femmes pourront davantage se passer des compétences concernées. Il faut noter à ce sujet que, dans la plupart des cas, les valeurs des pertes ressenties par les patientes rencontrent harmonieusement les valeurs attribuées par l'équipe, ce qui montre la force de la structure des rapports sociaux de genre qui engendre tant les unes que les autres. D'autres pertes apparaissent au contraire bien plus graves dans les cas d'AVC féminins que masculins, comme les pertes esthétiques – je ne les ai vues construites et déplorées que par et pour des patientes – ou les difficultés à poursuivre un travail de soin auprès d'enfants, de petits-enfants ou du conjoint. Le projet de rééducation que l'équipe travaille avec la patiente s'élabore donc au plus près de ces pertes valorisées par les unes ou les autres et va donc concentrer les efforts de la patiente et de l'équipe autour de la récupération esthétique ou du soin aux proches. D'une manière générale, on peut même faire l'hypothèse d'une moindre ambition dans les projets féminins, couplée à des rapports différents et genrés à la durée de



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

✗ Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

j'ai observé beaucoup de patientes demandant à sortir de leur séjour, alors que j'ai bien davantage observé l'ongtemps possible provenant des hommes de classe moyenne et supérieure.

« préservé » suite à l'AVC, en attribuant une valeur à ce qui est considéré comme important dans la définition du projet de rééducation, la prise en compte du respect du patient et d'une culture professionnelle qui valorise la pratique professionnelle à ce dernier – un aspect des valeurs sociales antérieures. La moins bonne compétence attestée au niveau statistique, trouve donc ici une valeur sociale des compétences féminines – conduire ou travailler professionnellement aurait moins de valeur pour une femme que pour un homme – ou encore dans les dispositions à subordonner la rééducation à leur rôle familial. Il s'agit de faciliter la rééducation pour pouvoir les retrouver plus tôt, ce qui est lié par ce souci des autres.

que les moindres récupérations des femmes peuvent

être interprétées à la lumière des processus de valorisation : elles récupèrent moins bien parce que cela en vaut moins la peine, pour elles comme pour les professionnels, parce qu'on pense collectivement que cela en vaut moins la peine – et non parce qu'on y arrive moins bien avec elles ou qu'elles y parviennent moins bien. C'est en revanche à l'examen de cette dernière question que se consacre le chapitre suivant du livre.

La forme scolaire de l'hôpital

21 Le chapitre 5 montre en effet que les moindres récupérations de patients de classe populaire peuvent être également rapportées au fait « qu'il n'y arrivent pas » ou moins bien (que les patients de classes moyennes ou supérieures), ou plus exactement que l'équipe des professionnels n'arrive pas à ce qu'ils y arrivent, ou qu'ils y arrivent aussi bien (que les patients de classes moyennes ou supérieures). Ce chapitre fait donc un pas de plus pour rentrer « dans la tête des gens » – selon l'expression d'un médecin du terrain qui se plaignait de ne pas savoir ce qu'il s'y passait. C'est une sociologie bourdieusienne et lahiriennne de la socialisation – et notamment une sociologie de la forme scolaire et de la domination culturelle (Bourdieu & Passeron, 1970 ; Vincent, Lahire & Thin, 1994 ; Lahire, 2008), qui est mobilisée pour expliquer les inégalités sociales de classe dans la récupération, en mettant en lumière la distance sociale entre les dispositions de certains patients et les formes et principes de la rééducation hospitalière.

22 L'ethnographie des services de rééducation permet en effet de mettre en lumière l'existence d'une « forme scolaire » de cette socialisation hospitalière, qui facilite les réapprentissage des patients dont l'AVC n'a pas détruit la familiarité sociale avec l'école et ses méthodes et empêche d'autres patients, qui en étaient plus éloignés, de bénéficier du travail rééducatif de la même manière. Cette forme scolaire s'illustre dans la façon dont les patients sont censés récupérer leurs compétences, à travers par exemple l'organisation temporelle et spatiale de la vie hospitalière (emplois du temps, « matières », « salles de cours », épreuves en temps limité...), l'évaluation formalisée des progrès et ses catégories de l'entendement professoral, la place de l'écrit et du modèle de « l'exercice » pour la rééducation motrice comme cognitive, le présupposé du transfert ou de l'équivalence entre l'abstraction de l'exercice et la vie quotidienne (« le test de ... c'est la file des voitures sur le périph' »), ou encore une exigence de



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

✗ Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

ti fait du bon patient un bon « élève ». La domination tenus des réapprentissages, comme le montrent ces t une culture de classe moyenne ou supérieure (le rôti u ski, les annonces de mariage...), la promotion de la ar rapport à sa maîtrise pratique (« comprendre pour prendre la tête ») ou encore l'arbitraire culturel des pour gérer les effets de l'AVC, comme la réflexivité, la nprovisation (par exemple, passer par une liste écrite schéma et un plan d'action pour fabriquer une boîte, o oiseaux « avec un crayon » et non avec une scie). les patients issus des classes moyennes et supérieures – sont socialement prédisposés à bien accueillir ces rentissages, alors que cette forme de rééducation ntre le rapport scolaire au monde et une partie de la ues minutes après un exercice de logique, à un autre me, mais sur des sujets plus familiers à la culture iliaux – un patient s'en sort ainsi « beaucoup mieux »,

à la surprise de la professionnelle et ne manifeste pas l'hostilité voire le refus de « jouer le jeu » qu'elle avait attribués à sa pathologie. Évalués à une aune qui leur est étrangère, à partir d'exercices qui peuvent leur apparaître totalement absurdes et qui ne font pas sens pour eux dans leur principe même, les membres des classes populaires observés peuvent en venir non seulement à « échouer » lors de l'évaluation cognitive, mais aussi à ne pas pouvoir être « entraînés » – aux deux sens du terme – par l'exercice, ou même à rejeter tout ou partie de la rééducation.

- 23 L'analyse sociologique permet dès lors de faire apparaître la différence entre la perte des capacités physiologiques et neurologiques et la rémanence des dispositions sociales : les dispositions ne sont pas seulement des compétences, ce sont des tendances, des inclinations, des rapports au monde. Elles peuvent continuer à gouverner la façon dont un individu va ou non pouvoir réapprendre à marcher ou à raisonner, dont la rééducation va « lui parler » ou non, dont il va en avoir envie ou dont elle va lui « casser la tête ». L'enquête sociologique permet de ce fait de montrer comment le monde social « fabrique » du neurologique en influençant, sous contrainte des atteintes neurologiques, la récupération ou le réapprentissage des capacités neurologiques individuelles.

L'hystérésis des habitus

- 24 Le sixième chapitre, enfin, poursuit l'élucidation de ces déterminants sociaux en s'appuyant sur la durée permise par une enquête qui a suivi certains patients pendant de longs mois. Il analyse, à l'échelle de quelques cas individuels, les réapprentissages hospitaliers ou ce qui les empêche, au plus près de leur déroulement. Il permet aussi de faire apparaître le rôle et le travail des proches – qui sont abordés de façon limitée dans le livre. Ainsi l'amélioration subite de la rééducation de M. A., qui peinait à « démarrer », peut-elle être rapportée à l'investissement de son ex-femme, qui, d'une position sociale intermédiaire entre les professionnels de l'hôpital et son ex-mari, sert de passeuse entre les principes et directives institutionnelles et ce dernier.
- 25 Par rapport à une vision purement médicale des aggravations et des améliorations, ce dernier chapitre vise donc à montrer que certaines inflexions ou dynamiques de trajectoires peuvent s'éclairer sociologiquement. Madame B. est une ancienne ouvrière de 47 ans sur qui la rééducation « prend » très bien. Elle manifeste au cours de son



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

✗ Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

volonté sanitaire » (Arborio & Lechien, 2019) et les progrès hospitaliers sont à la fois attestés et célébrés. À sa sortie de l'hôpital, sa situation se dégrade à nouveau, et il a du mal à trouver d'explication biologique ou neurologique à ces échecs et échecsiens que j'ai effectués avec elle après sa sortie de l'hôpital. Il est difficile d'en trouver une raison sociologique : la fin de l'hôpital est une idée de conduite constitué par l'hôpital et le passage à la vie libre ne se fait pas dans la situation dans laquelle, matériellement et socialement, il ne peut pas reconstruire le soutien hospitalier et les « murs » sociaux qui ont permis de parvenir en revanche tout à fait à réaliser à l'hôpital.

Dans ces chapitres, c'est la rémanence de la personne sociale qui reste, ce qui reste », sociologiquement parlant, de l'individu qui a subi la perte de son statut social et le sexe avec la survenue ou les suites des

AVC, dans le ressenti et l'identification des symptômes, des limitations et des pertes, dans les valeurs attribuées aux capacités perdues ou récupérées, dans les empêchements ou les facilitations sociales des récupérations neurologiques. Cette rémanence montre enfin le caractère réducteur, du point de vue de la connaissance scientifique, d'une approche exclusivement neurologique de l'AVC et de ses séquelles.

Bibliographie

ARBORIO A.-M. & M.-H. LECHEN (2019), « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, vol. 10, n° 1, pp. 91-110.

BASZANGER I. (1986) « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, n° 27-1, pp. 3-27 [En ligne] https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_1_2280
DOI : 10.2307/3321642

BOURDIEU P. & J.-C. PASSERON (1970), *La Reproduction*, Paris, Éditions de Minuit.

BOS VAN DEN G. A., SMITS J. P., WESTERT G.P. *et al.* (2002), « Socioeconomic Variations in the Course of Stroke: Unequal Health Outcomes, Equal Care? », *Journal Epidemiol Community Health*, n° 56, pp. 943-948.

CORDONNIER C., SPRIGG N., SANDSET E., PAVLOVIC A., SUNNERHAGEN K., CASO V., CHRISTENSEN H. AND THE WOMEN INITIATIVE FOR STROKE IN EUROPE (WISE) GROUP (2017), « Stroke in Women. From evidence to inequalities », *Nature Reviews Neurology*, vol. 13, pp. 521-532.

DARMON M. (2003), *Devenir anorexique*, Paris, Éditions La Découverte.
DOI : 10.3917/dec.darmo.2008.01

FAIRCLOTH C., BOYLSTEIN C., RITTMAN M., YOUNG M. & J. GUBRIUM (2004), « Sudden Illness and Biographical Flow in Narratives of Stroke Recovery », *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, n° 2, pp. 242-261.
DOI : 10.1111/j.1467-9566.2004.00388.x

HYDEN L.-C. (1997), « Illness and Narrative », *Sociology of health and illness*, vol 19, n° 1, pp. 48-53.
DOI : 10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x

LAHIRE B. (2008), *La Raison scolaire. École et pratiques d'écriture, entre savoir et pouvoir*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

MARSHALL I., WANG Y., CRICHTON S., MCKEVITT C., RUDD A. & C. WOLFE (2015), « The Effects of Socioeconomic Status on Stroke Risk and Outcomes », *Lancet Neurology*, vol. 14, pp. 1206-1218.
DOI : 10.1016/S1474-4422(15)00200-8



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

✗ Tout refuser

Personnaliser

Politique de confidentialité

(2015), *Accidents vasculaires cérébraux : quelle médecine* Les Belles Lettres.

Ontology in Medical Practice, Durham, Duke University

s patient.e.s et différenciations des pratiques des médecins. & Strauss, Sudnow et Roth », *Actes de la recherche en* pp. 20-39.

1 (1998), « Illness in the Context of Older Age: The Case of ess, vol. 20, n° 4, pp. 489-506.

: Reserve? Theory and Research Application of the Reserve vol. 8, n° 3, pp. 448-460.

14), « Sur l'histoire et la théorie de la forme scolaire », dans *nière de la forme scolaire ?*, Lyon, Presses universitaires de

Notes

1 Voir par exemple pour une synthèse Marshall, Wang, Crichton, McKevitt, Rudd & Wolfe (2015).

2 Voir par exemple Faircloth, Boylstein, Rittman, Young & Gubrium (2004) et pour une exception qui prend vraiment en compte l'origine sociale des malades : Pound, Gompertz & Ebrahim (1998).

Pour citer cet article

Référence électronique

Muriel Darmon, « Reconstruire le cerveau : sociologie de l'accident vasculaire cérébral et de sa rééducation », *SociologieS* [En ligne], Grands résumés, mis en ligne le 25 mai 2022, consulté le 22 décembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/19134> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologies.19134>

Auteur

Muriel Darmon

CSE-EHESS, Centre européen de sociologie et science politique, Paris (France) - muriel.darmon@ehess.fr

Droits d'auteur



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Ce site utilise des cookies et vous donne le contrôle sur ceux que vous souhaitez activer

✓ Tout accepter

✗ Tout refuser

Personnaliser

[Politique de confidentialité](#)