

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

Les discours du sentiment d'être soi

■ Des formes de discours et de pratiques des soignants peuvent aider un patient qui éprouve des affects de "perte de soi" ■ On peut distinguer quatre discours efficaces : le discours "contenant", le discours "empathique-sympathique", le discours "image" et le discours "projet" ■ Pour que les trois premiers rendent à une personne ses capacités d'agir dans le monde, il faut qu'ils soient couplés au quatrième.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – angoisse ; care ; discours ; empathie ; identité ; parole ; soi

The discourses of the feeling of being oneself. Forms of discourse and practices of caregivers can help a patient who experiences affects of "loss of self". Four effective discourses can be distinguished: "containing" discourse, "empathic-sympathetic" discourse, "image" discourse and "project" discourse. For the first three to restore a person's ability to act in the world, they must be coupled with the fourth.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – anxiety; care; discourse; empathy; identity; speech; self

Des affects de "perte de soi" (au sens de perte du *senti-*ment d'être soi) peuvent être éprouvés par tous les patients. Des entretiens avec des soignés et des infirmières nous ont donné la possibilité de dégager quatre types de discours qui peuvent soulager ces affects au cœur de la partie relationnelle (par opposition à la partie technique) du soin somatique. Ces discours, qu'ils soient ceux du soignant ou ceux que le soigné peut formuler grâce à la qualité de leur relation, aident à une "reprise de soi" et à une reprise du "sentiment d'exister". Les étudier et les distinguer permet de proposer une théorie explicative de leur efficacité, et d'insister sur leur complémentarité.

LES AFFECTS DE "PERTE DE SOI"

Les affects de "perte de soi" dont il est ici question surgissent quand la personne ne vit plus comme une évidence *affective* son identité ou son existence, sans pour autant qu'il s'agisse

d'un symptôme d'une maladie psychiatrique ou neurologique. Ils vont du malaise à l'angoisse : "Je ne sais plus qui je suis", "J'ai l'impression de survivre plutôt que de vivre", etc.

■ **Ces affects sont consécutifs à un changement.** Il peut être environnemental : modifications spatio-temporelles et/ou des habitudes (hospitalisation, isolement, etc.). Une infirmière à domicile raconte ainsi le grand état de confusion dans lequel le confinement a plongé une patiente âgée, sans pathologie psychiatrique ou neurologique diagnostiquée. Elle demandait à être ramenée dans sa maison (où elle était) et auprès de sa mère (décédée). Le changement peut également être celui du corps (dans l'apparence ou dans l'usage) ou de l'état de conscience (par exemple modifié par la douleur ou les médicaments).

■ **Soignants comme soignés savent comment de "petites choses" peuvent soutenir** celui ou celle qui vit ces affects de "perte de soi". Ces formes

d'accompagnement se déploient selon quatre grands types de discours.

LE DISCOURS "CONTENANT"

Le discours "contenant" peut aider en donnant une enveloppe protectrice grâce au toucher et à la garantie de la continuité de la présence du soignant. À partir de cette enveloppe, un patient peut retrouver un sentiment d'exister et, sur cette base, un sentiment d'être soi. Pourquoi ce discours "contenant" est-il efficace en cas d'affects de "perte de soi" ou du sentiment d'exister ? Parce que les mots et les pratiques utilisés par le soignant rejouent une partie de ce qui a eu lieu pour le bébé lors de l'acquisition du sentiment d'exister, et avec lui de la possibilité de développer son rapport à soi.

■ **L'identité à soi et le sentiment d'exister sont des faits,** et du point de vue logique les propos "Qui suis-je ?" ou encore "Je ne suis plus sûr d'exister" n'ont pas de sens [1]. La



LA PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

- La clinique philosophique du burn-out des soignants à la lumière de la Covid-19
- Les leçons philosophiques de la Covid-19
- Les innovations sociothérapeutiques dans le système de soins
- Les communs numériques du soin : l'intelligence artificielle comme vecteur d'inclusion
- Expérience patient, autorité épistémique et enjeux sanitaires : l'exemple du Covid long
- De la contention involontaire au sujet "se contenant"
- Enjeux socio-anthropologiques et éthiques du bloc opératoire augmenté
- **Les discours du sentiment d'être soi**

CHARLOTTE GEINDRE
Normalienne, agrégée de philosophie, psychologue clinicienne, doctorante en philosophie et psychologie Sorbonne Université, UFR de philosophie et sociologie, 1 rue Champollion, 75005 Paris, France

Adresse e-mail :
geindrecharlotte@gmail.com
(C. Geindre).

personne est qui elle est, et si elle peut se demander si elle existe, c'est qu'elle existe. Un soignant qui n'aurait jamais éprouvé d'affects de "perte de soi" ou d'affects de perte du sentiment d'existence pourrait donc interpréter ce discours comme une mauvaise formulation (une façon de dire "Je ne sais pas où j'en suis", par exemple), puisque l'identité à soi et l'existence sont des faits.

■ **Mais en plus du fait pur, il y a le rapport à ce fait :** sa connaissance et les affects associés. Le rapport au fait peut tanguer alors même que le fait ne change pas. La connaissance de son identité (et par exemple de la séparation entre soi et l'autre) et celle de son existence et de sa stabilité se construisent dans les premières années de vie, à la fois grâce au développement neuronal et aux soins d'autrui. Avant de connaître son identité et son existence comme stables, le bébé éprouve de fortes angoisses, en particulier lors de la séparation avec le parent. Elles s'apaisent par l'établissement d'un rapport à soi et à son existence : le tout-petit apprend à connaître son identité et son existence. Cela est rendu possible par les bons soins donnés par le parent, en particulier par la garantie de la continuité de sa présence et par le toucher. Le parent se présente au bébé en pleurs et ne manque pas de lui montrer que s'il part, il revient toujours. Il le touche, et un bon *holding* (terme utilisé par Donald W. Winnicott [2] pour désigner les bons soins physiques) permet à l'enfant d'apprendre à connaître les limites de son propre corps. La garantie du retour du parent et le *holding* soutiennent la construction progressive du sentiment d'exister, fondement sur lequel pourra se développer son *self*,

pour reprendre le terme de Donald W. Winnicott, et avec lui des possibilités heureuses de rapport à soi.

■ **Ces pratiques de contenance, qui permettent de construire un sentiment d'exister** et un sentiment de soi chez le bébé, peuvent venir les rétablir chez un patient, et donc le protéger des affects de "perte de soi". Une étudiante infirmière, à l'occasion du récit de sa prise en charge d'un patient âgé et dépendant, très perturbé par une modification de son emploi du temps dans son établissement d'hébergement, indique ainsi : « *Une main sur l'épaule parfois ça suffit. Je suis allée le voir, je lui ai mis la main sur l'épaule et je lui ai dit : "Ne vous inquiétez pas, je suis là, et je viendrai vous dire à quelle heure est votre soin quand je le saurai."* » Le patient l'a attendue apaisé.

LE DISCOURS "EMPATHIQUE- SYMPATHIQUE"

Le deuxième type de discours consiste à renvoyer en miroir à un patient ses affects et ses éprouvés. La sympathie est du côté de l'affect, c'est une "contagion" qui fait éprouver des affects similaires à ceux que l'on perçoit chez l'autre, ce qui aide parfois à les deviner. L'empathie est du côté de l'esprit, il s'agit de l'effort pour se mettre à la place de l'autre, ce qui donne la possibilité d'anticiper son comportement ou ses besoins [3]. La sympathie renforce la capacité d'empathie. Toutefois, elle a ses dangers : le soignant peut plaquer son mode de fonctionnement propre, ou perdre de sa nécessaire distance.

■ **Le discours "empathique-sympathique" rejoue un autre aspect de la relation du**

parent au bébé. Dans le visage du parent, l'enfant se voit lui-même [4]. Le parent éprouve sympathiquement et comprend empathiquement ses affects et les lui renvoie par l'expression de son visage, et par le discours. Une mère penchée sur un enfant souffrant va dire, les sourcils froncés : « *Oh oui, ça fait mal une colique.* » Le bébé se voit lui-même et perçoit son éprouvé dans ce visage mais aussi dans ce discours. Il peut, depuis cette connaissance en miroir, construire un rapport à soi. L'usage de ce type de discours dans le rapport soignant-soigné rappelle la "prise de soi" et donc était une renaissance du sentiment d'être soi.

■ **La fonction de miroir que prend le soignant offre au patient la possibilité de se reconnaître en tant qu'humain.** Comme le fait d'être soi ou le fait d'exister, l'appartenance à l'espèce humaine est un fait. Mais le rapport à ce fait, c'est-à-dire la connaissance et le sentiment de son humanité, se construit graduellement dans l'histoire du développement de l'enfant. C'est à la fois l'identification à d'autres êtres humains et le fait que ceux-ci viennent le reconnaître comme humain qui fondent le rapport à son humanité. Le soigné reconnaît le soignant comme être humain et, par identification, il se connaît lui-même, en miroir, comme être humain. Son appartenance à l'humanité est confirmée par le fait que, en se comportant en miroir et en comprenant ses affects, le soignant montre qu'il reconnaît le soigné comme humain. Or, le sentiment de perte d'humanité est fréquent dans les affects de "perte de soi". Par exemple, un jeune homme accablé d'une douleur paralysante à la suite d'un incident

domestique relate un vécu d'animalité, se sentant « *comme un lapin devant les phares d'une voiture* ».

■ **Enfin, le sentiment de "perte de soi" peut venir d'un vécu de réduction à la douleur**, à la maladie ou à une seule partie du corps. Le discours "empathique-sympathique" permet de se connaître autrement que réduit, parce qu'il parle du patient en totalité (pas seulement de sa maladie, mais aussi de ses affects, de ses désirs, etc.). En racontant la longue hospitalisation qui a suivi son opération du cerveau, et pendant laquelle on prenait sa température toutes les trois heures même quand cela impliquait de le réveiller, un ex-patient souligne : « *Si une des infirmières qui me réveillait avait dit : "Je sais, ça saoule" juste une fois, ça aurait fait toute la différence* ».

LE DISCOURS "IMAGE"

Le discours "image" consiste à faire advenir une image mentale de soi dont l'ex-patient puisse se saisir de manière heureuse. À nouveau, ce type de discours est efficace contre les affects de "perte de soi" ou de perte du sentiment d'exister parce qu'il rejoue ce qui s'est passé à un moment important de la prise de soi, à savoir celui de l'identification à une image de soi.

■ **Dans le récit mythique donné par Jacques Lacan** [5], l'enfant qui s'identifie à l'image rencontrée dans le miroir éprouve de la jubilation, et cette rencontre cause d'importants effets psychiques, parmi lesquels :

- le fait d'acquiescer une représentation visuelle du corps aux limites définies. Cela permet de se rapporter à son corps comme unifié et comme séparé du reste

du monde, ce qui est primordial dans le sentiment d'être soi ;

- le fait, par un saut analogique de l'unité apparente du corps (bien délimité) à l'unification présumée de la personnalité, de pouvoir se représenter sa personnalité comme unifiée, et peut-être définissable. La connaissance de soi s'organise autour de la représentation d'une personnalité unifiée, connaissable comme celle des parents ou de personnages ;

- la valorisation du soi, parce que l'image suscite le désir de l'enfant qui jubile de se connaître ainsi, et celui des parents qui ne manquent pas de complimenter son apparence. Le fait qu'un désir soit attaché à la représentation de soi fait "tenir" plus solidement le rapport à soi ;

- la possibilité d'utiliser cette image mentale comme intermédiaire [6] entre la représentation, le désir et l'action dans le monde qui les réalise. Une image de soi permet de s'envisager en situation et facilite donc le déploiement de l'action, ce qui contribue également au renforcement du sentiment d'être soi.

■ **Ce discours, en donnant une image de soi**, favorise la convocation de ces effets. On l'entend dans les compliments sur la parure adressés notamment aux patients gériatriques : « *Oh, quel joli rouge à lèvres Madame X!* » Le soignant montre qu'il voit l'image du corps du patient dans sa totalité (il ne se concentre pas sur la zone à soigner). Il indique aussi que l'image est bonne, désirable. Le patient hospitalisé à la suite d'une chirurgie du cerveau, en racontant avoir continué à se raser, se rend compte avec étonnement qu'il le faisait pour que les infirmières puissent le trouver présentable et dans l'espoir qu'il

y ait un léger flirt. Il « *essayai[t] d'exister aux yeux des autres gens* », raconte-t-il. Pour cela, il modifiait son image en se rasant afin que les autres puissent lui renvoyer une image de lui comme homme séduisant. Cette image aurait été celle d'un soi non limité à la maladie. Il aurait ainsi pu s'identifier à elle et retrouver un sentiment de soi plus solide, et peut-être aussi une possibilité de s'envisager dans des actions futures (on s'imagine plus facilement réaliser ses projets quand on se pense selon l'image du monsieur qui amuse l'infirmière et non selon celle du malade alité, faible, avec une cicatrice en bas du crâne).

LE DISCOURS "PROJET"

Dernier type de discours, celui que l'on nomme le discours "projet". Il consiste à resituer la personne dans sa façon d'être elle-même dans l'action et dans la continuité du temps, entre souvenirs et projets. Il diffère des trois premiers parce qu'il ne porte plus sur qui la personne est, ou sur si elle est, mais sur comment elle est, se voit ou veut être dans le futur.

■ **Des philosophes contemporains de l'authenticité**, comme Charles Taylor ou Claude Romano, questionnent la possibilité selon laquelle le vrai sens d'être soi-même résiderait dans le fait d'agir d'une manière qui ne pourrait être que celle de la personne qui agit. Dans le discours "projet", la "reprise du sentiment de soi" ne se fait pas dans le fait de définir le soi, notamment à l'aide de discours sur le corps, ou de se rassurer sur le fait d'exister. La démarche est différente : le sentiment de soi ou d'exister réapparaît dans la relation à l'action, et dans la façon dont

RÉFÉRENCES

- [1] Descombes V. Les embarras de l'identité. Paris: Gallimard; 2013.
- [2] Winnicott DW. Le bébé et sa mère. Paris: Payot; 2017.
- [3] Jorland G. L'empathie, histoire d'un concept. In: Berthoz A, Jorland G, dirs. L'empathie. Paris: Odile Jacob; 2004. p. 19-49.
- [4] Winnicott DW. Jeu et réalité. L'espace potentiel. Paris: Gallimard; 1975. p. 153-62.
- [5] Lacan J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. In: Écrits 1. Paris: Seuil; 1999. p. 92-9.
- [6] Simondon G. Imagination et invention 1965-1966. Paris: PUF; 2014.



© agsandre/stock.adobe.com

cette action se rattache au passé (la personne a agi de telle ou telle manière) mais aussi au futur (elle se destine à telle ou telle action).

■ **L'action est au cœur de la "reprise de soi"**, et c'est pourquoi il est important de faire advenir cette question dans le discours. Le présent étrange du patient est repris dans la continuité d'une existence où se déploie un agir selon soi, et les affects de "perte de soi" en sont apaisés. Une infirmière qui soignait une patiente post-mastectomie raconte qu'après l'avoir écoutée parler de son amputation, elle l'a amenée à parler de ses actions : son rôle de mère, sa pratique sportive, etc.

CONCLUSION

Cette classification est une mise en théorie de ce qui s'observe dans les pratiques relationnelles

qui ont des effets sur les affects de "perte de soi" dans le cadre du soin somatique. Les quatre discours sont efficaces. Toutefois, il faut noter le danger de ne s'en tenir qu'aux trois premiers sans proposer, dès le début ou dans un deuxième temps, un discours "projet".

La réassurance donnée par les trois premiers discours peut mener un patient soit à dépendre de ceux-ci, et donc à ne plus vouloir quitter la situation de soin, soit à fixer un rapport à lui-même qui l'empêche d'investir le monde dans l'action. Par exemple, un corps très soutenu par un discours "contenant" ou représenté comme précieux dans un discours "image" peut devenir un corps à protéger, que l'on n'ose plus utiliser pour une trop longue balade ou pour danser librement. Il est ainsi possible que l'image, qui aurait pu jouer le

rôle d'intermédiaire entre la représentation, le désir et l'action, vienne au contraire les séparer, faire écran : tout le désir est pour le maintien de l'image, plus que pour l'action. Être soi ou exister sont alors interprétés comme maintenir le rapport à soi et non pas comme vivre le plus pleinement possible dans le monde. C'est le discours "projet" qui permet de se lancer dans une action dans le monde. Or, le fait d'agir selon soi, et de se lancer vers le futur, encourage le développement d'une autre forme de rapport à soi et à son existence, moins réflexif, et qui agit comme une prévention contre les affects de "perte de soi". ■

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt.