8ème Journées de Santé mentale et communauté
Identité diagnostique : nommer pour exister

BRUNET Rémy

« Found in translation une identité diagnostique en quête de vérité ou de pertinence ? »

8 Novembre 2024

Found in translation : une identité diagnostique en quête de vérité ou de pertinence ?

Vendredi 08 novembre 2024 – Rémy Brunet

Introduction

En juin dernier, en validant le titre de ma conférence auprès des organisateurs, j'ai réalisé qu'en me concentrant sur les troubles, je m'apprêtais à parler de l'identité *du* diagnostic plutôt que de l'identité diagnostique. Et c'est là que je me suis rendu compte que je risquais de *m'écarter du sujet* — dans un double sens : d'abord, par rapport au thème de la journée, et ensuite, par rapport aux patients, aux personnes humaines. Mon enthousiasme initial a finalement révélé une forme d'aveuglement. En parlant de l'identité du diagnostic, je prenais le risque de traiter d'une *identité anonyme et impersonnelle*. Comme le souligne François Laplantine dans son ouvrage *Ethnopsychiatrie psychanalytique*, la nosologie a tendance à nous entraîner du côté « du type, de la masse, de l'unité homogène et indifférenciée ». En d'autres termes, elle ne parle que du trouble, sans vraiment s'intéresser à l'individu. Adopter cette perspective, c'est risquer de se placer dans une position d'extériorité, voire de supériorité par rapport aux patients, en traitant le trouble comme une simple catégorie figée. Cela revient à ne pas voir « ce qui se forme, se déforme et se transforme dans l'histoire d'une personne »[1]. C'est figer cette réalité au lieu de la laisser vivre et évoluer.

C'est pourquoi je vous propose de prendre une autre direction pour le reste de cette présentation. Je vais plutôt me concentrer sur la clarification du concept d'identité et aborder la question du diagnostic à travers des exemples concrets. Autrement dit, je vais faire le contraire de ce que j'avais prévu au départ : je vais consacrer plus de temps à analyser le concept d'identité et réduire la part théorique sur le diagnostic pour mettre en lumière la réalité vécue par les personnes concernées.

Première partie

a. Identité, sentiment d'identité et ipséité

L'identité se manifeste d'abord par un ensemble de caractéristiques — « brun », « blanc », « pas très grand », « avec des lunettes », par exemple —, qui, mises en relation, permettent de répondre à la question : « Qu'est-ce que c'est ? » ou « Qui es-tu ? ».

[1] Laplantine, p.112

On parle également d'un « sentiment d'identité ». Ce sentiment apparaît comme un moment de cohésion entre ce que l'on dit de soi (qu'il s'agisse d'une déclaration à propos de soi-même ou l'affirmation d'un autre) et la manière dont cette proposition résonne dans l'instant présent, dans l'ici et maintenant.

L'identité se présente donc sous un double aspect : une définition explicite ou implicite (une représentation) et un sentiment ou une sensation (une immersion). D'une part elle relève du langage ; l'identité est quelque chose qui se dit (« je suis X », « tu es Y »). D'autre part, ce qui est énoncé peut aussi susciter un écho qui dépasse le strict domaine langagier et engendre ce que l'on pourrait appeler un sentiment d'identité.

Il me semble essentiel ici de se prémunir contre la confusion de deux dimensions du réel, comme nous y invite Pascal Quignard dans *La vie n'est pas une biographie*. Je cite :

> Deux mondes se font face. Le monde de l'immersion sensorielle et le monde de la substitution verbale. L'un est silence. L'autre langage. L'un est continu. L'autre est discontinu (…) La sensorialité est inadressée, non récitable. L'autosensualité de la chair dans sa joie n'a rien à voir avec l'autoreprésentation du parleur au sein de la conscience. p. ?

Pour clarifier cette distinction de deux mondes, j'aimerais attirer votre attention sur un concept que je nommerais « ipséité ». Ce terme, issu du latin *ipse* (« en personne, lui-même »), signifie « le fait d'être soi, irréductiblement distinct de tout autre ». Paul Ricœur emploie ce mot pour désigner une dimension morale de l'identité, liée à l'intersubjectivité et à la capacité de se constituer dans une promesse, dans l'engagement envers autrui. Je propose ici de reprendre ce concept du côté de l'expérience immédiate, de l'expérience avant qu'elle ne soit mise en récit. L'ipséité, c'est à mes yeux, ce qui permet de regrouper en un terme les signatures, les styles propres (corporels, affectifs, cognitifs) d'inscription dans le monde d'un individu. Quignard me semble éclairer cette idée en affirmant : « Il y a tellement plus qu'un seul « vécu » dans le fait de vivre. »[2] Cette réflexion nous invite à reconsidérer le lien entre identité, sentiment d'identité et ipséité.

L' « identité » est le soi qui se définit ou qui est défini et finalement, nous le verrons à la suite de ce propos, qui est *raconté*. Le « sentiment d'identité » est, quant à lui, un moment d'adhésion, un alignement temporaire entre une affirmation sur soi et sa perception « intérieure ». Quant à l' « ipséité », elle se manifeste dans une expérience prélinguistique et pré-réflexive. Par exemple, dans la sensation des vagues qui viennent effleurer *mes* pieds sur la plage. L'ipséité représente ce rapport intime et direct qu'une personne entretient avec elle-même, l'expérience d'être soi.

[2] p.157

Elle inclut des éléments comme la sensation corporelle propre, le sentiment d'unité, de cohérence, de continuité. C'est la certitude que mes actions et pensées passées sont bien les miennes. L'ipséité pourrait également être envisagée comme une condition de possibilité pour se différencier de l'autre, pour devenir quelqu'un pour quelqu'un d'autre.

Ainsi, en apparence, l'identité répond à la question « Qui es-tu ? » tandis que l'ipséité s'approche davantage de « Comment te sens-tu ? », « Comment vis-tu les choses ? », « Que ressens-tu ? ». Pas d'identité sans langage; pas d'ipséité sans sensibilité.

b. La quête d'identité

La quête d'identité est un processus de recherche qui repose sur l'idée que l'identification a à faire avec une constante évolution et elle ne peut se réduire à une définition fixe contrairement au principe d'identité (A = A). La quête d'identité doit faire avec des crises d'identité, des remises en cause.

La quête d'identité se manifeste davantage par une *affirmation* que par une *définition*. Elle prend forme dans l'interaction, dans le dialogue, et nécessite la présence de celui qui parle autant que de celui qui écoute. Parfois, celui qui parle est aussi celui qui écoute. Je peux dire « Greta Thunberg est une personne éco-anxieuse ». Cette jeune femme pourra être amenée, au fil de sa vie, à douter par elle-même de cette identité ou à la voir vaciller en fonction de la manière dont les autres la perçoivent et l'identifient. La quête d'identité suppose des formes de *négociations* que nous allons exposer plus bas.

c. La quête d'identité englobe trois questions différentes

L'identité n'est pas une chose, c'est un « moment » et non une simple définition, l'identité est toujours une réponse. À mon sens, la quête d'identité est une réponse à trois questions très différentes :

Première question : Qui est-ce ?

Cette question renvoie à *l'identité individuelle*, celle qui permet de distinguer un individu dans un groupe sans nécessairement chercher à le connaître particulièrement.

Par exemple, si je demande « Qui est le propriétaire de la voiture mal garée devant la salle ? ». Mon but est d'identifier la personne responsable, non de connaître ses goûts ou son histoire personnelle.

Deuxième question : qui es-tu ?

Cette question ouvre sur *l'identité personnelle*. D'après le philosophe Paul Audi, l'identité personnelle se construit « *à* l'extérieur et *de* l'extérieur »[3], au sein de représentations culturelles et dans l'espace public.

Les « traits particuliers » qui forment notre identité personnelle fonctionnent comme des « traits d'union ». Ces traits d'union ont pour fonction, comme le dit Paul Audi, « d'unifier la personne en elle-même ».

Pourtant, ces mêmes traits, censés nous singulariser, sont souvent des caractéristiques générales. Par exemple, en disant « Greta Thunberg est une femme aux cheveux châtains et éco-anxieuse », j'identifie des traits particuliers. Toutefois, ces traits restent, par nature, *communs* : elle n'est pas la seule femme « châtain » et « éco-anxieuse », et peut-être que d'autres personnes dans cette salle partagent ces caractéristiques. Mais elles ne seront jamais Greta Thunberg pour autant. Cette identité personnelle représente « ce à quoi nous devons toujours nous ajuster », Ce paradoxe rend l'identité personnelle parfois déceptive, car elle invite le sujet à un ajustement constant.

L'identité personnelle entretient un rapport avec ce qui est non identique. Au fil du temps, je change par rapport aux traits que j'ai identifiés comme me définissant et me caractérisant.

Pour mieux saisir ce paradoxe, on peut revenir aux analyses de Paul Audi sur la tension entre « singularité » et « identité » dans l'existence d'un être humain. Il serait peut-être plus juste de parler de la dynamique entre des processus de singularisation et des processus d'identification. D'un côté, on se *singularise* par nos actions, notre parole, nos choix. Par exemple, on peut dire de Pierre ou de Jacques qu'ils se sont singularisés car Pierre est le premier de sa famille à avoir osé s'opposer frontalement à ses parents, tandis que Jacques a créé une œuvre d'art d'une très grande originalité, reconnue par tous. Leur singularité réside dans leur capacité à accomplir quelque chose d'incomparable, d'unique.Pourtant, au fil du temps, ce qui était d'abord singulier devient un *marqueur d'identité*. Pierre est désormais perçu comme « *un* » enfant ingrat voire on dira que « Pierre à un TOP ! ». Quand on parle de Jacques à présent, on dit qu'il fait partie du petit « *cercle des génies* », parmi lesquels il n'est pas le seul. Serait-il HPE ?

[3] Cf. AUDI P., « Identité, singularité, unicité » in *Que devient l'identité ?* (ss.dir. Droit R.-P. et Atlan M., 2024) p.33

C'est là que le processus d'identification intervient. Les moments d'originalité qui caractérisent l'existence d'une personne se transforment, se fondent dans une logique d'identification, où nous devenons comparables, semblables à d'autres. Ce qui nous singularisait devient ce qui permet de nous identifier, effaçant ainsi une part de la spécificité du processus de singularisation.

En fin de compte, les moments vécus qui marquent notre différence finissent par être intégrés dans un ensemble de références communes, faisant glisser notre identité de la *singularité* de l'expérience à la possibilité d'une *comparaison* par le langage. Ce qui nous rendait uniques devient ce qui nous rattache à un groupe, à une catégorie, diluant ainsi l'originalité initiale.

Troisième question : qui es-tu quand tu es vraiment toi ?

La question « qui es-tu quand tu es vraiment toi ? » nous permet d'explorer la notion d'*identité intime* (du latin *intimus*, « ce qui est le plus profond »), qui se distingue de *l'identité personnelle*. En effet, lorsqu'on se demande – ou qu'on nous demande – « qui es-tu vraiment ? », il s'agit souvent, consciemment ou non, d'une invitation à aller au-delà des apparences et des identités construites socialement, pour toucher à quelque chose de plus fondamental. Ce quelque chose de « plus fondamental », c'est ce qui m'apparaît comme un projet contradictoire : vouloir ressaisir sous la forme du langage (définition de soi, récit de soi), ce qui est de l'ordre du vécu, et donc ce que nous avons identifié comme étant l'ipséité.

C'est vouloir susciter une forme de *coalescence* entre identité et ipséité qui me semble impossible. L'ipséité, en effet, a quelque chose d'insaisissable, un peu comme le fait de faire l'expérience d'être en train de vivre une aventure : si je commence à prendre conscience que je suis en train de vivre quelque chose de palpitant et que j'essaie d'en deviner la suite, je risque de perdre l'aspect spontané et aventureux de l'expérience. Si je saisis l'aventure au moment où elle se vit, je la perds.

Il en va de même pour l'ipséité donc. si je l'observe trop attentivement, si je tente de la figer dans ma pensée, je cours le risque de ne plus coïncider avec l'expérience instantanée de ce que je suis. Je commence alors à me dire que je suis peut-être autre chose que ce que je suis en train de vivre. Que je ne peux me définir comme étant simplement cela. L'ipséité échappe à toute fixation définitive et le sentiment d'identité qui dépend d'elle se révèle tout aussi insaisissable ou figeable.

C’est un événement fugace. On pourrait dire, conceptuellement, que c’est un « irréalisable »[4] comme le dit Sartre. L’identité est un événement que l'on ne peut pleinement vivre dans l'instant de sa survenue. Ce caractère irréalisable tient au fait que nous en prenons conscience après qu’elle s’est produite, et non au moment même de sa manifestation.

Deuxième partie

a. L’identité diagnostique, définition et évaluations

On peut définir l'identité diagnostique comme la tendance à « parler de soi dans le langage des spécialistes », en s’appuyant sur un diagnostic médical, c’est-à-dire sur l’identification d’un trouble à partir de l’analyse de symptômes. Dans l’identité diagnostique, les paroles spontanées des individus ressemblent souvent aux discours des médecins.

Dans le débat actuel, l’identité diagnostique est généralement bien accueillie par ceux qui s’en revendiquent, tandis qu’elle suscite des réactions variées chez les observateurs, certains étant indulgents, d’autres plus critiques.

D’un côté, l'identité diagnostique est vue avec bienveillance en étant considérée comme une forme de « compensation », offrant une image de soi quand l’estime de soi fait défaut ou semble incertain. On peut rattacher cela à la remarque de la philosophe Frédérique Ildefonse: « L'identité me paraît être un concept défensif, comme un bouclier qu’on oppose à une atteinte (…) L’identité est ce qui se construit dans une situation défensive, là où nous avons été exposés à une agression, qu’elle soit directe ou indirecte »[5]. Gayatri Chakravorty Spivak, philosophe indienne, parle des identités politiques en termes d'« essentialisme stratégique »[6]. Pour ceux qui, au départ, n’ont rien, une identité, même mythifiée, peut être un facteur de libération. « Ce qui constitue une prison pour les uns peut être pour les autres un moyen d’évasion. »

D'un point de vue plus critique, l’identité diagnostique peut être perçue comme un moyen de se « cacher » derrière une étiquette médicale. Elle est parfois utilisée pour revendiquer un changement attendu de la part de la société, plutôt que d’encourager la personne diagnostiquée à s'adapter elle-même.

---

[4] *Carnets de la drôle de guerre*

[5] « Le fil conducteur du multiple » in *Que devient l’identité ?* (ss.dir. Droit R.-P. et Atlan M., 2024) p.61

[6] Cité par Christian Godin « La nécessité d’un retour à Hegel » in *Que devient l’identité ?* (ss.dir. Droit R.-P. et Atlan M., 2024) p.136

Regard suspicieux : l'identité diagnostique serait une stratégie pour éviter de « vivre toutes les vies » (Flaubert) ou le résultat funeste d'un « looping effect » selon l'expression de Ian Hacking. Soulignons la remarque de Hochmann bien avant la thématisation de Hacking :

> Par la démarche nosographique, le psychiatre, en somme, répond à la question « qu'est-ce qu'il a ? » que lui pose la société. Il dote le malade d'un attribut, la maladie, c'est-à-dire une chose, une substance susceptible d'être objectivée, analysée, étiquetée, classée. Tout diagnostic introduit le malade dans un système logique pré-existant d'espèces, de genres, d'ordres, de classes ou d'embranchements *auquel il faut se soumettre*[7]

b. L'identité diagnostique par rapport à la quête d'identité

L'identité diagnostique peut être pensée en lien avec les trois types d'identité que nous avons distingués en première partie : l'identité individuelle, personnelle et intime. Je ne pourrai pas traiter ici toutes les interactions possibles entre ces formes d'identité et le diagnostic.

Cependant, une question importante se pose concernant l'identité individuelle (c'est-à-dire, « qui est-ce ? »). Les catégories nosologiques du DSM ne tendent-elles pas à isoler les individus, à les faire sortir du groupe pour les réorganiser en sous-groupes en fonction du diagnostic tantôt qu'ils l'embrassent pleinement ou tantôt qu'ils vivent parfois comme un stigmate ? Cette question relève de considérations politiques et sociologiques, et je pense que d'autres intervenants de cette journée en discuteront. Pour approfondir cette réflexion, je vous recommande les pages éclairantes d'Allen Frances dans *Being Normal*, qui traite justement de ce sujet.

Je m'intéresserai plutôt à l'interaction entre l'« identité personnelle » « identité intime » et « identité diagnostique ».J'aimerais montrer dans ce qui suit que le problème n'est pas tant l'identité mais *l'éclairage aléthique* de l'identité. On voudrait que l'identité dise quelque chose de façon directe, de façon immédiate de la vérité du sujet, voire de la vérité de l'ipséité. L'identité diagnostique produit-elle un effet de transparence (comprendre) ? Un effet de translucidité (deviner) ? Un effet d'opacité (rater) ? L'identité diagnostique est-elle un « mot de passe » ? Un mot de la fin ? Un « motus et bouche cousu » ? J'aimerais défendre l'idée que l'identité diagnostique est une *condition nécessaire mais non suffisante* pour parvenir à quelque chose qui serait la « vérité » du sujet.

En réalité, il faut plutôt d'abord poser la question de l'identité diagnostique en terme de *pertinence*.

[7] HOCHMANN J., *Pour une psychiatrie communautaire*, p. 66 Nous soulignons.

c. *Que faire de l'identité diagnostique dans la consultation clinique ?*

Lorsqu'un patient arrive au cabinet avec un diagnostic en disant « Je suis TDAH » ou « Je suis HPI », la question pour le clinicien n'est pas forcément de savoir si cette affirmation est « vraie » ou « fausse », mais bien de se demander si elle est « pertinente ». En philosophie, on définit souvent la vérité comme une adéquation entre ce que l'on dit et la réalité perçue, les faits ou les pensées. La vérité, ainsi, est une description correcte du monde.

Mais en clinique, la question n'est pas uniquement de vérifier la vérité d'une affirmation comme « Je suis TDAH » ; il s'agit plutôt d'en évaluer la pertinence.

Je m'appuie ici sur les travaux de Dan Sperber et Deidre Wilson dans les années 1980[8], qui avancent que, dans nos échanges humains, la pertinence prime souvent sur la vérité. Pour résumer, la pertinence est l'idée qu'une phrase produit plus ou moins d'« effets » dans un contexte donné, en suscitant plus ou moins d'« efforts » pour être comprise. Une phrase est d'autant plus pertinente qu'elle crée des effets significatifs tout en demandant un effort minimal de compréhension.

Prenons un exemple : imaginons trois formulations pour répondre à la question « À quelle heure part le train ? » :

a. « Le train part après 17 h »
b. « Le train part 22 minutes après 16h54 »
c. « Le train part à 17h16 »

Ces trois affirmations sont toutes vraies, mais leur pertinence diffère. La dernière formulation, « Le train part à 17h16 », permet un effet plus précis se préparer tranquillement (=effet), sans courir, à prendre le train, en fournissant un minimum d'effort pour comprendre l'information. À l'inverse, une formulation comme « Le train part 22 minutes après 16h54 » est vraie, mais elle requiert davantage de calcul et *d'effort*, ce qui la rend moins pertinente.

d. *Problématisation : l'identité diagnostique entre effort et effet ?*

Ayant dit cela, on peut se poser la question de ce qui fait la pertinence d'une identité diagnostique.

[8] *La pertinence, communication et cognition*, édition minuit, 1986

Cette identité permet-elle au patient de progresser dans le *montage narratif* de sa propre vie ? Produit-elle un effet qui serait quantifiable en terme d'« associativité » au cours l'entretien ? Apporte-t-elle un *soulagement*, ou une *solution* ? Nous contraint-elle à des efforts supplémentaires pour parvenir à faire émerger un sens pour le patient vis-à-vis de ce qu'il vit ? Pour se reconnaître et se réapproprier sa souffrance psychique, *l'élaborer* et pas simplement parvenir à la *contrôler* ?

e. Identité diagnostique et identité narrative

Pour juger de la *pertinence* d'une identité diagnostique, il est donc essentiel de penser celle-ci dans sa connexion avec l'ensemble du récit du patient.

Le patient arrive avec des fragments de son histoire : des souvenirs, des rêves, des scènes marquantes, des conflits. Les entretiens cliniques permettent d'élaborer un récit qui rend ces fragments à la fois plus supportables et plus intelligibles. Ce processus correspond à ce que Ricœur appelle une « synthèse des éléments hétérogènes » apportés par le patient, qui lui permet d'accéder à une « identité narrative ».

C'est par la narration que se construit un certain *rapport à soi* : le soi se définit et se constitue dans un récit de soi-même, qui se redessine à mesure que l'on traverse de nouvelles expériences.

> Dans la constitution de la maladie, (…) le patient n'est pas capable de constituer un récit intelligible et acceptable de sa propre vie. Les symptômes apparaissent comme des fragments, des bribes de récits non coordonnables dans un récit cohérent. (…) Toute la finalité de la cure est d'aider le patient à construire le récit, l'histoire de sa vie, avec le caractère d'intelligibilité et d'acceptabilité qui fait défaut à ces bribes de récit inconsistantes et insupportables que le patient apporte (…) Les récits de la littérature sont des récits terminés, nous en connaissons le début et la fin, tandis que l'histoire de notre vie est une histoire ouverte. (…) C'est pourquoi il y a une très grande fragilité de la fonction narrative dans la vie. On peut raconter de soi-même plusieurs histoires parce que le critère de la conclusion nous échappe (…) qu'est-ce qu'un homme attend de sa vie, qu'est-ce qu'il projette comme futur et qu'est-ce qu'il comprend de son passé ? Il se produit bien sûr un échange entre les deux : il y a un effet rétroactif de la vision d'avenir sur la façon de relire notre propre passé. C'est ce qui distingue complètement le récit de vie du récit littéraire (…) on ne peut projeter qu'à partir de ses ressources les plus profondes. Et cette restructuration des ressources les plus profondes, c'est la restructuration narrative qui la commande. Ricœur, *Autour de la psychanalyse*

L'identité narrative ne promet pas une intelligibilité totale pour le sujet. Dans ses derniers écrits en 2003, Ricœur insiste sur l'opacité inhérente à l'identité narrative. Il y a d'une part l'opacité primordiale de la souffrance qui amène le patient à chercher une « aide langagière ».

Mais il y a aussi l'opacité découverte par le moyen de l'interprétation et du travail clinique, une opacité exisentielle, primordiale. Quelque chose résiste à la clarification par le récit (l'ipséité telle que nous l'avons définie ?). La fonction de l'interprétation est alors de la rendre « plus acceptable, plus supportable ».

Il y a des aspects de soi qui échappent à la mise en récit, des éléments qui resteront inexprimés ou inintégrés dans l'histoire du sujet, mais que le patient peut tout de même reconnaître comme des zones d'ombre, impossibles à exprimer totalement. J'y vois le signe de ce que j'ai appelé l'ipséité.

Et ici, je pense qu'on peut lire voire lier le philosophe Ricœur à l'écrivain Quignard :

> Là s'opposent violemment la bio-logie et la bio-graphie : la pulsion affluente, jaillissante, décoordonnée face à la mise à mort du réel au sein de la logique du langage. Non seulement le temps mais le corps, l'autoperception du corps par les cinq sens sont du côté de la vie. Y a-t-il seulement un corps biographique ? Une chaire y souffre-t-elle ? S'y pince-t-elle encore ? Où est dans le livre le cri qu'elle pousse dans la mort ? Une vie quotidienne, humble, somnanbulique, ordinaire, créaturelle, a-t-elle jamais lieu dans la biographie ? (…) Les rêves, où résident-ils dans l'essai biographique alors qu'ils règnent tant dans le réel qu'ils désarticulent, bouleversent, embrouillent, tissent, imaginent, diffèrent, propulsent ? Où est le continu ? Où est le confus ? Où est le chaos ? Où est la nuit ?
>
> Quignard, *La vie n'est pas une biographie* p.120

e. *Précision : l'identité diagnostique au sein du discours associatif et du discours narratif*

On peut alors se demander quelle place peut prendre l'identité diagnostique dans le processus d'élaboration de l'identité narrative. Pour explorer cette question, nous pouvons nous appuyer sur une distinction faite par le psychanalyste et linguiste Laurent Danon-Boileau, dans son ouvrage *La parole est un jeu d'enfant fragile* (2001)[9]. Danon-Boileau différencie le « discours associatif » du « discours narratif ».

Lorsqu'un patient évoque, au fil de l'entretien, diverses bribes de son histoire – des souvenirs plus ou moins récents, des images ou des échos de séances précédentes – sans qu'un lieu ou une structure narrative claire se dessine, on est en présence d'un *discours associatif*. Ce type de discours repose sur des unités thématiques flottantes, mais il ne constitue pas un récit organisé.

[9] Surtout les p.158 à 165

Le *discours narratif*, au contraire, offre une consistance propre à chaque plan et donne lieu à un déploiement événementiel riche. Il ne s'agit pas seulement d'un retour sur un thème par associations libres, mais bien d'une élaboration psychique, où une texture narrative se forme progressivement, évitant le simple glissement d'un sujet à un autre.

Pourtant, même le discours narratif est traversé par *une parole qui échappe partiellement au contrôle de celui qui parle*, comme le souligne Danon-Boileau. On retrouve ici l'idée chère à Ricœur, selon laquelle l'identité narrative est le fruit d'un travail de concordance et de discordance entre différents éléments de la vie du sujet. Ce processus implique des moments d'unification et d'éclatement, de structuration et de perte.

La question qui se pose alors est la suivante : dans quelle mesure l'identité diagnostique peut-elle s'intégrer à ce processus de narration plutôt qu'à une simple logique associative ?

Car une identité diagnostique peut *s'affirmer*, se *rappeler* ou même *insister* dans le cadre de l'entretien clinique sans pour autant s'intégrer pleinement au récit.

Il faut alors se présenter en tant que clinicien au patient comme une occasion, comme un médium. Avoir dans son cadre interne, en premier lieu, la question de la *pertinence* davantage que la question de la *vérité* de ce qui est dit lorsque le patient se présente à travers le diagnostic. Il faut lui permettre de tisser cette identité diagnostique dans son récit personnel, de « la faire exister en lien » et non pas simplement « en soi », afin qu'elle participe à la construction de son identité narrative plutôt que de rester un élément extérieur ou imposé auquel il s'accroche ou auquel on l'assigne.

Il y a toujours le risque que l' « identité diagnostique » se transforme en « identité pronostique », identité affichée à travers laquelle le patient, le médecin, voire les deux, croient savoir déjà tout ce qui peut se passer dans l'avenir du sujet. Il me semble que l'identité diagnostique doit bien plus s'accorder à ce mot de Quignard : « je ne sais pas encore ce que me réserve mon passé »[10]

À quel *effort* l'identité diagnostique nous contraint-elle pour penser, parfois, en opposition à elle, l'identité personnelle ? Quel *effet* de sens, de soulagement, d'insight produit-elle ? Dans quelle mesure l'identité diagnostique me définit ? Quelle place dois-je lui accorder dans le récit de ma vie ?

[10] Quignard, p.119

Je voudrais finir en citant deux extraits du roman de Fritz Zorn intitulé *Mars* pour souligner l'évolution de l'identité de la part de l'écrivain qui se définit dans les premières pages par *ses* troubles, ses maladies avant de trouver, quelques trois cents pages plus loin, une autre façon de se présenter, de retrouver un sentiment d'identité, peut-être plus proche de son ipséité.

Extrait n°1

> « Je suis jeune et riche et cultivé ; et je suis malheureux, névrosé et seul. Je descends d'une des meilleures familles de la rive droite du lac de Zurich, qu'on appelle aussi la Rive dorée. J'ai eu une éducation bourgeoise et j'ai été sage toute ma vie. Ma famille est passablement dégénérée, c'est pourquoi j'ai sans doute une lourde hérédité et je suis abîmé par mon milieu. Naturellement j'ai aussi le cancer, ce qui va de soi si l'on en juge d'après ce que je viens de dire. Cela dit, la question du cancer se présente d'une double manière : d'une part c'est une maladie du corps, dont il est bien probable que je mourrai prochainement, mais peut-être aussi puis-je la vaincre et survivre ; d'autre part, c'est une maladie de l'âme, dont je ne puis dire qu'une chose : c'est une chance qu'elle se soit enfin déclarée. »
>
> Fritz Zorn. *Mars* (début du chapitre 1)

Extrait n°2

> « Dans une forêt habitent, par exemple, des chevreuils et des loups. (…) Que, jusqu'à un certain point, les chevreuils soient mangés par les loups, c'est « bien ; c'est même d'une nécessité vitale pour tous ; seulement il ne doit pas y en avoir trop de mangés, de même qu'il ne faut pas non plus qu'ils soient trop peu à l'être.
> Ainsi j'assimilerais ma condition vitale à cette sorte de biotope dérangé : avoir été un peu dévoré n'aurait pas fait sauter le cadre de ce qui est ordinaire et sain ; mon problème, c'est que j'ai été trop dévoré. Que, dans la forêt dont j'ai parlé, on dévore, c'est parfaitement dans l'ordre des choses. La forêt fonctionne aussi longtemps qu'on y dévore dans la juste proportion ; mais dès qu'on y dévore trop, la forêt ne fonctionne plus et meurt. Peu importe, à cet égard, ce qui correspond le mieux au goût de l'observateur ; que l'observateur préfère les chevreuils ou les loups, cela ne joue aucun rôle. Les chevreuils ne sont pas de « pauvres » chevreuils et les loups ne sont pas de « méchants » loups ; il suffit que les bêtes mangent et soient mangées dans le juste rapport à la forêt – et elle fonctionne. (…) « Je suis malheureux parce que je ne fonctionne pas et que je n'ai jamais fonctionné. En tant que jeune, je n'ai pas été jeune, en tant qu'adulte, je n'ai pas été adulte, en tant qu'homme, je n'ai pas été un homme ; à tout point de vue je n'ai pas fonctionné. En plus de cela, pour que ce non-fonctionnement soit visible aux yeux du monde entier, voilà que le corps, de manière à la fois symbolique et conséquente, ne fonctionne plus non plus, il est malade, il est empoisonné, il est imprégné par la mort. Ce non-fonctionnement, cette mort, la mort des sentiments, la mort du corps, la mort de la vie, voilà mon malheur. »
>
> Fritz Zorn. *Mars* (p.351)

L'écrivain semble être au plus proche de son identité quand il évoque sa condition vitale comme un « biotope dérangé ».

Cela lui permet de repenser à nouveaux frais la question de l' « ajustement » dont nous parlions à propos de l'identité personnelle. Cette auto-désignation en tant que biotope dérangé permet aussi de dire quelque chose du corps, du biologique plus que du biographique. Mais pour en arriver là, pour arriver à cette image dans laquelle il se ressaisit pour un moment, dans laquelle il trouve une consolation quant au fait de savoir comment il a été malheureux, il a d'abord dû s'appuyer sur une double identité diagnostique : je suis névrosé, je suis cancéreux grâce auxquels il a pu élaborer sa souffrance psychique différemment.

Conclusion

Au moment où je formule mon identité, quelque chose prend forme et existe en cet instant précis. Cependant, il serait maladroit de penser que cette identité persiste comme une substance indépendante entre ces moments où elle est explicitement évoquée. Autrement dit, l'identité n'est pas une « entité » en soi. La permanence de mon identité diagnostique vient plutôt de la cohérence apparente entre plusieurs moments distincts où je me reconnais dans mon diagnostic. Comme le rappelle Ali Benmakhlouf, les choses n'existent comme on les dit que grâce à un travail de focalisation et de réification, où l'on passe progressivement de la perception floue du « ceci et cela » à l'affirmation que « ceci est cela ». Par exemple, en associant les mots « caillou » *et* « bleu », on pourrait dire : « le caillou *est* bleu ». Si l'on prend le temps de réfléchir, en réintroduisant la conjonction « et », cette affirmation pourrait provoquer en nous un certain effet de surprise, voire une prise de distance, ce que Benmakhlouf nomme un « effet d'hilarité »[11] ou de « décalage ». Cette réflexion met en évidence la construction mentale que l'on présente parfois comme une réalité incontestable.

Mais peut-être que cette capacité à remettre en question ce qu'est l'identité est un « luxe » réservé à certains. Pour un grand nombre d'individus, l'identité est perçue comme une chose fixe, non pas par naïveté ou dépendance au langage, mais parce que cette certitude constitue une nécessité vitale. Il semble donc que l'identité diagnostique puisse apparaître, selon les perspectives, soit comme une *contrainte*, soit comme une *ouverture*, une invitation par rapport aux soins. On peut penser l'articulation du récit (identité personnelle) du non récitable (identité intime, ipséité) et de l'identité diagnostique comme une constellation dont le centre serait la santé, c'est-à-dire le recouvrement de l'expérience d'un « chez soi » pour le patient (Zorn : « je suis un biotope dérangée » = je suis chez moi, j'ai trouvé mon chez moi) contre l'expérience même de la maladie : « ne plus être chez soi »[12]

Ali Benmakhlouf suggère que la compréhension de tout phénomène, y compris l'identité diagnostique, nécessite une *traduction* plus qu'une simple *signification*. En tant que cliniciens, notre tâche n'est-elle pas d'adopter une attitude qui nous permette de naviguer entre ces moments de « certitude inquiète » (Perec) dans lesquels l'identité diagnostique est perçue comme un « found in translation », un « trouvé » dans la tentative de traduction de soi, une découverte de soi à travers la traduction de son expérience ; et en d'autres moments, un risque de se perdre, un « lost in translation ». Je vous remercie pour votre attention.

---

[11] *L'identité, une fable philosophique*, 2011, p.167

[12] Maalouf, J. (2023) "Santé-idem et santé-ipse : le concept implicite d'identité dans l'histoire de la philosophie contemporaine de la santé" in *Revue de Médecine et Philosophie* (9)