



HAL
open science

Les enjeux d'une médiation : les grilles d'évaluation. Le sujet, point aveugle de l'évaluation ?

Gilles Bourlot

► To cite this version:

Gilles Bourlot. Les enjeux d'une médiation : les grilles d'évaluation. Le sujet, point aveugle de l'évaluation ?. Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, Jun 2009, Nice, France. hal-03424442

HAL Id: hal-03424442

<https://hal.science/hal-03424442>

Submitted on 10 Nov 2021

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.

Les enjeux d'une médiation : les grilles d'évaluation.
Le sujet, point aveugle de l'évaluation ?

Gilles Bourlot

Psychologue clinicien, chargé de cours à l'université de Nice, doctorant au Laboratoire « Centre Interdisciplinaire, Récits, Cultures, Psychanalyse, Langues et Sociétés ».

Comment penser les enjeux contemporains de l'évaluation dans le champ clinique ? Notre réflexion s'efforce d'ouvrir plusieurs questions au carrefour de la psychologie clinique, de l'éthique, de l'épistémologie et de la culture. S'il s'agit tout d'abord de reconnaître qu'il y a plusieurs types d'évaluations, un accent tout particulier est ensuite mis sur la problématique de la « réduction » des symptômes à des « signes » et d'un sujet à une maladie. L'enjeu de l'évaluation est ainsi déployé en rapport avec une conjoncture idéologique qui tend à oublier la vie psychique d'un sujet en souffrance. La problématique de la dépression sert de fil rouge permettant de comprendre différentes approches des symptômes.

évaluation, symptômes, réduction, vie psychique, subjectivation

« Nous mourons de ce qui nous réduit. »

Edmond Jabès, *Le Seuil Le Sable Poésies complètes 1943-1988*, Poésie / Gallimard, 1990.

« Les signes de la dépression entrent aisément dans des "échelles" ; on peut les reconnaître facilement et les nommer, afin de parvenir à un diagnostic. Mais il n'est pas du tout certain

que le clinicien qui reconnaît les signes puisse aussi s'interroger sur ce qu'ils signifient. »

Pierre Fédida, *Des bienfaits de la dépression. Eloge de la psychothérapie*, Odile Jacob, 2001.

Si l'évaluation est un thème particulièrement complexe, c'est qu'elle recouvre des pratiques cliniques et des constructions théoriques hétérogènes : il y a différents types d'évaluations et différentes façons de concevoir une grille d'évaluation. Bion, par exemple, avait essayé de mettre en place une grille pour approcher le plus finement possible les niveaux psychiques où évolue un sujet et pour repérer ce qui émerge comme mode de pensée : ce psychanalyste tentait notamment de distinguer différentes catégories comme les rêves, les mythes ou encore les récits et les hallucinations¹.

Un détail fondamental de sa démarche gît dans le fait que Bion ne destinait pas sa grille à être utilisée pendant les séances, elle trouvait sa place dans « l'après-coup » pour envisager tout l'éventail des pensées². Cette grille accordait une valeur fondamentale au psychisme inconscient et au *devenir d'un sujet qui peut rêver, halluciner, raconter des histoires* : par vie psychique, nous entendrons en premier lieu cette capacité polymorphe de penser d'un sujet. Cet exemple est important s'il nous permet de comprendre à quel point une grille d'évaluation est à la fois une *construction*, située dans un contexte épistémologique précis, et une *médiation* entre l'évaluateur et ce qu'il évalue. Chaque notion ou catégorie d'une grille tend à réfracter, de façon plus ou moins implicite, à la surface d'un code les présupposés théoriques et les intérêts profonds de celui qui construit ce code. Ainsi Bion, qui avait exploré la dialectique du pensable et de l'impensable, a « traduit » ses enjeux théoriques et cliniques dans les lignes de sa grille.

Plus fondamentalement, Bion décrivait sa relation, ouverte et créatrice, à cet outil singulier : il indiquait qu'il se servait de sa grille pour lui-même, pour mieux comprendre son travail de psychanalyste, pour garder une approche critique sur les processus psychiques à l'œuvre, il invitait chacun à *créer* sa propre catégorisation des événements psychiques : « la

1 Bion W.R., « La Grille » (1971) in *Entretiens psychanalytiques*, Paris, Gallimard, 1980, p. 212.

2 Bion W.R., « La Grille » (1971) in *Entretiens psychanalytiques*, Paris, Gallimard, 1980, p. 213.

Grille m'a été utile et j'ai pensé que d'autres pourraient trouver profit à se servir d'une grille de *leur invention...*»³. Par ce biais, Bion nous invitait à considérer comment un sujet, qui se met en position d'évaluer, est relié à une grille. Deux pôles seraient en ce sens à distinguer : la grille est-elle un outil subjectivé dans lequel l'évaluateur s'implique comme sujet ayant lui-même une vie psychique ou bien s'agit-il d'une grille qu'un évaluateur utilise, de façon plus ou moins passive, comme d'un code à appliquer « objectivement » ? Ainsi, la grille de Bion n'était pas destinée à être utilisée comme un outil standardisé et objectivant, elle était présentée comme une des dimensions possibles du travail créatif de l'analyste. Bion en arrivait aussi à des questions profondes, qui touchent à la communication et à la transmissibilité d'une évaluation : « En quoi le psychanalyste peut-il transformer son évaluation de la personne qui vient le consulter ? En un article savant ? En une interprétation ? En un jugement écrit ? »⁴.

Nous commençons ainsi notre réflexion pour mettre en relief le fait que l'histoire des pratiques cliniques recèle des logiques évaluatives diverses, ce qui renvoie indirectement à des valeurs hétérogènes. La notion de « valeur » nous semble ici fondamentale, elle a une pertinence qui pourrait s'illustrer dans une question : quelle valeur un symptôme, par exemple dans une dépression, se voit-il conférer dans une évaluation ? Précisons l'enjeu : les symptômes d'une dépression ont-ils la valeur de critères en vue d'un diagnostic ou bien celle d'une scène surdéterminée par l'épaisseur d'une histoire et par une multiplicité de sens ?

En ce sens, la publication des différentes versions du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), et en particulier du DSM-III au début des années quatre-vingt, a sans doute été un des aspects majeurs de l'objectivation des symptômes. La constitution de ce corpus a été l'occasion de nombreuses controverses, un enjeu central étant la mise à l'écart des notions de conflits intrapsychiques et d'inconscient⁵. L'exemple du DSM-III montre à quel point tout changement de vocable dans une grille d'évaluation implique une modification substantielle de la façon de penser les symptômes. Dans le DSM-III, une notion fondamentale de l'approche psychanalytique comme la notion de « névrose » a été mise entre parenthèses⁶.

L'évolution du vocabulaire, la mise entre parenthèses de certains termes clés dans le DSM témoignent d'un profond changement dans l'épistémologie et la conception clinique. Dans cet abord « diagnostique et statistique » des symptômes, la quête de signes « objectifs » (comme la fatigue, le ralentissement de la pensée...), qui sont présentés comme étant « le plus possible dénués de toute ambiguïté sémantique »⁷, ne prend pas en considération les enjeux plus complexes de l'histoire subjective et des significations inconscientes à l'œuvre. Nous pensons qu'une évaluation clinique ne peut être considérée comme une information objective ou un résultat descriptif qui pourrait être constaté et délivré « tel quel » : elle pose la question de sa *construction* scientifique, de son *vocabulaire*, et aussi de sa formulation, de ses *effets* entre l'évaluateur et l'évalué. Le fil rouge de notre démarche consiste à distinguer deux axes : l'axe de l'« objectivation »⁸ et l'axe de la « subjectivation » des symptômes. Dans une démarche

3 Bion W.R., « La Grille » (1971), in *Entretiens psychanalytiques*, Paris, Gallimard, 1980, p. 216. Nous soulignons.

4 Bion W.R., « Césure » (1975), in *Entretiens psychanalytiques*, Paris, Gallimard, 1980, p. 258.

5 Bayer R., Spitzer R., « Neurosis, Psychodynamics, and DSM-III. A history of the controversy », in *Archives of General Psychiatry*, vol. 42, n°2, Chicago, 1985, pp. 187-196.

6 *DSM-III, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1983, p. 250 : l'écriture du DSM met ainsi entre parenthèses la « névrose d'angoisse » au profit des « états anxieux ».

7 Guelfi J.D., « La psychiatrie mondiale et le DSM III », in *Médical Digest Psychiatrie*, vol. 1, n°2, 1985, p. 1.

8 Sylvie Tordjman a montré que, dans le domaine spécifique des troubles autistiques, sous l'apparence de l'objectivité, la cotation des échelles demeure variable et subjective : une cotation dépend de différents facteurs comme l'expérience clinique et la formation de celui qui cote. Cf. Tordjman S., « Les échelles d'évaluation en psychiatrie infanto-juvénile : intérêts, limites, aspects éthiques », in *Psychiatrie Française*, n°2, 2001.

qui serait purement diagnostique, l'objectivation risque de mettre entre parenthèses la parole et le devenir du sujet en souffrance. Notre questionnement pourrait alors se formuler ainsi : quelle valeur sera donnée à la vie psychique d'un sujet, aux possibilités de raconter son histoire, à la parole d'un *Je* toujours singulier ?

Pour aborder de façon pertinente ce problème de l'évaluation, il convient toutefois de faire un pas de plus en le reliant au champ de la culture. Il y a en effet une tendance de plus en plus marquée qui met au premier plan des modalités de l'évaluation la quantification des symptômes, la mesure chiffrée et la cotation d'« échelles »⁹. En mettant en exergue une phrase d'Edmond Jabès sur « ce qui nous réduit », nous situons potentiellement la problématique de l'évaluation sur un plan existentiel et éthique. Les processus d'évaluation renvoient nécessairement à deux positions hétérogènes, celle d'un évaluateur et celle d'un être évalué. Dans cette perspective, nous présentons, de façon elliptique, trois pistes de réflexions connexes. Dans un premier temps, nous nous interrogeons sur la position de celui qui évalue : quelles implications un dispositif d'évaluation présuppose-t-il pour celui qui évalue ? Ensuite, nous désirons poser les bases d'un questionnement éthique sur les effets de l'évaluation. Enfin, nous reprenons la question de l'évaluation comme productrice de valeurs.

Signes et paradigme de la lecture

Il y a, en amont de l'évaluation actuelle, une logique qui est liée à la question nodale du diagnostic, soit la capacité de *lire des symptômes comme des signes d'une maladie*. Si évaluer est un acte de perception qui consiste à reconnaître des symptômes, cette observation est surdéterminée par la tradition d'un *regard médical* en quête de signes¹⁰. D'un point de vue historique, l'évaluation paraît indissociable de ce modèle de la relation médecin / malade, qui engage aussi les relations suivantes : savoir médical / maladie, regard / symptômes, paradigme de la lecture / signes¹¹.

Par « signe », nous entendons la tendance qui consiste à réduire l'approche d'un symptôme à la recherche d'un indicateur « objectif » d'une maladie et à lui ôter sa dimension subjective. Michel Foucault avait insisté sur la relation médicale comme un dispositif asymétrique entre le patient et le médecin, entre l'objet d'un savoir et son détenteur.

Dans ce contexte, une grille d'évaluation est un système de lecture qui permet au regard de retrouver dans la réalité ce que le savoir définit a priori. Si l'axe du diagnostic s'apparente à la perception de la maladie dans le malade, le détail essentiel de ce modèle est l'articulation entre ces deux dimensions. L'évaluation des signes semble préalable au soin : comment soigner sans repérer et nommer la maladie en jeu ? La nuance est de savoir si un clinicien se met seulement en position de reconnaître une maladie ou en position d'écouter un sujet parler de lui-même, de ce qu'il ressent, de sa tristesse par exemple, des événements auxquels il la relie... Là encore, deux axes semblent se distinguer : l'axe du savoir sur la maladie comme catégorie générale (« la dépression » par exemple), d'une part, et l'axe de la « connaissance » d'un sujet dans sa relation à lui-même, comme expérience singulière, voire tragique, d'autre part¹². Par « *subjectivation* », nous entendons la capacité d'un sujet à avancer vers sa propre histoire, vers l'acte de nommer ses peurs, ses émotions, ses passions et ses désirs : enjeux à la fois cliniques et éthiques dont la psychothérapie et la psychanalyse sont des formes modernes, après d'autres modèles plus anciens¹³. L'émergence d'une dimension proprement

9 Zarifian E., *Les Jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob, 2000, p. 85.

10 Foucault M., *La naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, p. 12.

11 Gori R., *La preuve par la parole. Sur la causalité psychique en psychanalyse*, Paris, PUF, 1996, p. 10.

12 Gori R., *La Santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël, 2005, p. 86.

13 Foucault M., *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France (1981-1982)*, Paris, Gallimard / Seuil, 2001.

« thérapeutique » implique le déploiement d'un autre rapport à soi, ce qui rejoint le « connais-toi toi-même » dont parlait Socrate¹⁴.

En revanche, l'axe du diagnostic tend à privilégier le savoir sur la maladie. Nous pourrions condenser cette logique ainsi : un symptôme est ce qui fait signe pour le médecin en quête de diagnostic. L'évaluation suppose dès lors une « position expertale » : le sujet en souffrance n'est pas mis en position de dire la « vérité » de son mal-être, de sa culpabilité par exemple, et de déployer sa parole. Au terme de sa logique, cette position d'expert tend fondamentalement à *ne pas donner la parole* à celui qu'elle évalue. Pour Michel Foucault, le questionnaire a été un des instruments classiques de ce rapport médecin / malade¹⁵. En effet, le questionnaire tend à ne demander au patient que le minimum nécessaire *pour* le médecin, et selon un code prédéterminé en vue du diagnostic. Une telle attitude de « savoir » dépasse largement la médecine au sens strict, dans la mesure où il y a une tendance actuelle à la *médicalisation* des pratiques cliniques, ce qui renvoie aux polarités suivantes : savoir médical / connaissance de soi, logique du signe / champ du signifiant, paradigme de la lecture / heuristique psychanalytique¹⁶. Une approche heuristique de la parole consisterait à se laisser surprendre, autant que possible, par ce qui émerge dans des récits et des mots : se laisser étonner *contre toute attente*, par un mot, à l'instar du lapsus, ce qui renvoie en même temps à la position subjective de celui qui peut entendre, ou pas, l'étonnant d'une parole.

À l'opposé de l'heuristique psychanalytique qui « trouve » par exemple un double sens dans un mot ou une formule, le paradigme de la lecture définit a priori le savoir qu'il « cherche » dans le diagnostic. Or, une telle position de savoir, lorsqu'elle vise seulement au diagnostic, risque de *figer* l'humain dans une maladie, ce qui constitue un obstacle au devenir du sujet et à l'émergence de la parole comme lieu de la subjectivation. Dans l'approche freudienne en effet, le site de la parole est bien ce champ de forces et de significations où un symptôme peut se dissiper au moment même où il prend sens pour le sujet. Sans pouvoir entrer dans le détail d'une telle problématique dans le cadre de ce texte, disons que la logique du signifiant peut s'entendre lorsqu'il est reconnu à la parole sa valeur de sens multiples, sa valeur d'inattendu et de jeux inconscients. À propos de la parole, entendue comme vecteur signifiant, notons qu'il revient à Freud d'avoir constamment souligné sa valeur, notamment sous la forme du récit de rêve comme « texte sacré » où peuvent se retrouver des résurgences du désir infantile, de la mémoire inconsciente et des jeux signifiants¹⁷.

Ne pas réduire un sujet à des signes univoques serait alors un préalable pour prendre soin de sa vie psychique, de ses plaintes, de sa culpabilité notamment. Une psychothérapie est en ce sens indissociable du souci de *soutenir la vie psychique par l'écoute d'un sujet qui se découvre et se transforme dans l'acte de parole*. Le « thérapeutique » suppose alors la reconnaissance en amont du « paradigme freudien de la vie psychique »¹⁸.

Problématique de la « réduction » et vie psychique

Il nous semble essentiel de montrer que la place de l'évalué induit le risque d'être « réduit » à une entité nosographique (« la dépression », « la psychose »...). C'est ce glissement d'un sujet singulier, de par son histoire, son vécu et ses ressources propres, à une catégorie du « savoir » qui doit être souligné comme problématique. Que peut impliquer en effet, pour un sujet, d'être évalué dans une forme objectivante ? En écrivant ces lignes, il nous

14 Gori R., *La Santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël, 2005, p. 51.

15 Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*, Paris, Gallimard /Seuil, 2003.

16 Gori R., *La preuve par la parole. Sur la causalité psychique en psychanalyse*, Paris, PUF, 1996, p. 30.

17 Freud S., *Die Traumdeutung* (1900), traduction française *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967, Chapitre VI.

18 Fédida P., *Des bienfaits de la dépression. Eloge de la psychothérapie*, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 8.

revient en mémoire la situation de souffrance extrême qu'un sujet était venu nous livrer en consultation. Il s'agissait, pour lui, de trouver une adresse et des mots pour dire son incompréhension et sa peur, après un diagnostic dont il ne restait que ce fragment : « syndrome maniaco-dépressif ». Dans sa vie psychique, ce diagnostic avait été vécu comme une énigme intolérable. Ce sujet était complètement désespéré face à une « information » inassimilable qu'il essayait de traduire en ses termes : « est-ce que je suis fou ? ». En déployant sa détresse dans une plainte à mi-chemin entre révolte et effondrement, ce sujet nous permit d'envisager à quel point l'humain peut souffrir d'être « réduit » à un diagnostic. Précisément, une « information » de ce type peut, selon le contexte de sa transmission, avoir un effet de sidération. Cet exemple peut témoigner de l'écart entre une évaluation et ses *effets* psychiques selon la façon dont il est vécu, assimilé ou pas, par un sujet.

A l'instar de la « violence de l'interprétation »¹⁹ dont parlait Piera Aulagnier, il y a parfois une « violence de l'information » lorsqu'elle est vécue comme un jugement qui décrète : « vous êtes... ». Dans cette perspective, si le risque est de ne percevoir dans un sujet qu'un exemplaire de la maladie, au détriment de sa souffrance, le point nodal qu'il s'agit de comprendre est celui-ci : « la subjectivité du patient excède la maladie médicale »²⁰. Une telle position engage le sens même de l'acte de « prendre soin ». La subjectivité est bien ce qui excède tout savoir posé a priori, et il y aura toujours un *écart* entre ce qu'un sujet ressent et pense de lui-même, d'une part, et la représentation plus ou moins médicalisée de sa maladie, d'autre part. L'oubli de la dimension subjective et de l'expérience tragique, dont le sentiment de culpabilité représente une des expressions fondamentales²¹, au profit du « savoir » se condense dans cette question : le sujet comme vie psychique serait-il en train de devenir le point aveugle de l'évaluation ?

Nous employons ainsi le mot « réduction » comme l'indice d'une perte inhérente à certaines modalités de l'évaluation objectivante. Il s'agit tout d'abord de la réduction d'un sujet à une maladie, de la tendance à réduire des symptômes à des critères diagnostiques ou encore à réduire des aspects qualitatifs de la vie psychique (comme la tristesse, la culpabilité...) à des scores quantitatifs.

Sur ce dernier point, nous rejoignons une réflexion d'Edouard Zarifian : « La psychiatrie s'est aseptisée ; on n'examine plus les malades mais on cote des échelles. L'individu, pourtant si riche dans sa singularité, disparaît derrière le symptôme... »²². Le sujet lui-même est irréductible à ses symptômes : la subjectivité est ce qui se tient sous la surface mouvante des symptômes.

C'est la subjectivité vivante qui tend ainsi à être éclipsée dans des scores quantitatifs, de même que la fonction des symptômes est de plus en plus oubliée lorsque la cotation devient une fin en soi²³. Prendre soin d'un sujet, en tant qu'il se déploie en lui toute une vie psychique, pour une part inconsciente comme la vie onirique²⁴ par exemple, c'est *reconnaître* en lui la dimension de ses pensées, de ses fantasmes, de ses souvenirs qui en font un être unique et en cela « irréductible » une catégorie générale. Si la réduction est un enjeu clinique de premier plan, il faut reconnaître qu'il est relié à plusieurs problématiques intriquées : au-delà de la réduction des symptômes à des signes et du qualitatif au quantitatif, il y a aussi,

19 Aulagnier P., *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF, 1975.

20 Gori R., *La Santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël, 2005, p. 92. Nous soulignons.

21 Hesnard A., *L'univers morbide de la faute*, Paris, PUF, 1949.

22 Zarifian E., *Les Jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob, 2000.

23 Tordjman S., « Les échelles d'évaluation en psychiatrie infanto-juvénile : intérêts, limites, aspects éthiques », in *Psychiatrie Française*, n°2, 2001 : un « super technicien cotateur » peut coter ce qui est observable au niveau des comportements en faisant l'économie d'une réflexion psycho-dynamique sur ce que recouvre un symptôme...

24 Meltzer D., *Dream-Life*, The Roland Harris Trust Library, 1984.

plus fondamentalement peut-être, la réduction de l'inconnu au connu. Freud et des psychanalystes comme Donald Meltzer ou Pierre Fédida n'ont cessé d'explorer la vie psychique dans sa part d'énigme et de devenir, en montrant qu'il y a, par exemple au niveau des rêves, un *processus* de production d'images et de mises en scènes où des pensées et des significations trouvent à se figurer. Dans cette optique, le modèle freudien de la vie psychique implique la reconnaissance d'un sujet en devenir du fait du rêve, de la parole et du désir, triade où le transfert vient à se nouer dans une rencontre humaine.

A l'opposé de la réduction, l'apport freudien nous permet de soutenir autant que possible des processus de subjectivation, par lesquels un sujet, laissé entièrement libre de s'exprimer, de raconter sa vie ou/et ses rêves, de poser ses questions... peut reconnaître et nommer peu à peu ses émotions, ses passions et ses peurs. L'intensité et la singularité d'une telle parole, lorsqu'elle émerge dans une psychothérapie, représentent à plus d'un titre ce qui vaut vraiment dans le *devenir* d'un sujet : si la parole peut être un effet de l'inconscient, dans le lapsus par exemple, elle est fondamentalement ce qui produit des effets. Parfois, tout se passe comme si l'enjeu de la psychothérapie était de laisser agir certains des pouvoirs de la parole, comme le pouvoir de nommer. Encore aux antipodes de la réduction, il est utile de se souvenir de ce que disait Freud de l'interprétation et de « l'ombilic » du rêve : un rêve, et nous dirions la même chose d'un symptôme, peut toujours être ré-interprété : il ne saurait y avoir *une* interprétation posée *une fois pour toutes*, ni de « résolution » définitive comme nous pourrions dire d'un problème de mathématiques qu'il a trouvé sa solution dans un énoncé²⁵. La subjectivation d'un symptôme tient à *ce travail de la parole et du récit qui n'en finit jamais de découvrir d'autres interprétations et significations possibles*. C'est bien le déploiement de la parole qui peut transformer le rapport d'un sujet à lui-même : transformer, par exemple une culpabilité mortifère, un dogme inconscient (« je suis coupable... ») en questions ouvertes et adressées. Et c'est par la valeur conférée au temps et à l'écoute que la parole d'un sujet peut *trouver* des mots, des récits, voire des mythes où élaborer ses émotions, ses affects, ses pensées et sa responsabilité, au sens étymologique.

Si un sujet peut *élaborer* ses significations dans la continuité d'une parole mise en mouvement dans le site même de la rencontre, nous retrouvons les intuitions du poète : « l'homme s'élabore par la parole »²⁶. La signification de la culpabilité elle-même peut ainsi se modifier au cours d'une psychothérapie, notamment lorsque celui qui la répète dans une auto-accusation morbide en vient à *s'étonner* de la langue à l'œuvre, comme si le discours qui accuse était reconnu comme un héritage de mots. Parler c'est aussi, pour celui qui parle en psychothérapie, s'entendre dire et, parfois, découvrir à quel point une plainte, une auto-accusation, une culpabilité ressemblent à une trame tissée de mots empruntés²⁷.

Qu'est-ce qui a de la valeur ?

L'évaluation est devenue le reflet d'une civilisation. Ce thème touche à une évolution de la culture qui confère de plus en plus de valeur à l'« objectivité », aux chiffres et au quantifiable. Cette tendance concerne de plus en plus de secteurs de notre société comme, et nous pourrions entrer ici dans une liste à la Prévert, les pratiques professionnelles, les psychothérapies, le fonctionnement des services hospitaliers ou encore la recherche universitaire. Ainsi, dans le champ des publications scientifiques, la *quantification* de l'évaluation a atteint parfois une dimension kafkaïenne lorsqu'elle a abouti à oublier toute une dimension qualitative : là encore, c'est la conception de la « valeur » des publications qui s'est

25 Freud S., *Die Traumdeutung* (1900), traduction française *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967, p. 446.

26 Jabès E., *Le Seuil Le Sable Poésies complètes 1943-1988*, Paris, Gallimard, collection Poésie / Gallimard.

27 Lacan J., *Le Séminaire livre I, Les écrits techniques de Freud* (1953-1954), Paris, Seuil, 1975, p. 30.

trouvée bouleversée par le règne de la quantité²⁸. Une des dérives actuelles de l'évaluation comme idéologie est bien de n'accorder de valeur qu'au quantifiable : « ce qui compte c'est ce qui se compte »²⁹.

La limite d'une telle tendance est le côté « non quantifiable » de la vie psychique comme, par exemple, *l'intensité* d'une culpabilité ou d'une angoisse. Qu'il demeure quelque chose d'« *inobjectivable* » dans le fonctionnement psychique de l'humain, y compris dans le processus de guérison, est un point essentiel que Pierre Fédida avait souligné avec force³⁰. Si l'idéologie de l'évaluation continuait à imposer sa logique quantitative, un des risques majeurs serait notamment de voir la prise en charge clinique expropriée de sa fonction soignante au profit de dispositifs focalisés sur l'évaluation quantitative et les résultats chiffrés. Il conviendrait en ce sens de penser, à nouveaux frais, l'articulation dynamique entre évaluation et soin. La contradiction paraît ici radicale autant entre le qualitatif et le quantitatif, qu'entre une approche psychopathologique ouverte sur la vie psychique et une logique centrée sur les critères diagnostiques. Au fil de notre réflexion, une question de plus en plus insistante s'approfondit : qu'est-ce qui a de la valeur dans une évaluation ? Sur ce point, l'idéologie de l'objectivation tend à oublier la *relativité* des grilles : « on a oublié que l'on est parti d'une *convention* pour arriver aujourd'hui à l'illusion d'une réalité qui est entièrement construite. »³¹.

Si l'évaluation tend parfois à être posée comme « a-théorique », une évaluation construit son objet et ses critères en accordant de la valeur à ce qu'elle entend repérer ou pas. Tout dispositif d'évaluation tend à produire ce qui vaut la peine d'être évalué et, du même coup, à mettre entre parenthèses ce qui ne sera pas évalué. Ce débat épistémologique sur le côté relatif et construit d'une grille d'évaluation s'est ainsi répété récemment à propos des tests d'« intelligence » tant celle-ci est une notion liée à des enjeux culturels et idéologiques : l'« intelligence » a un contenu différent selon les tests qui la mesure. Catherine Weismann-Arcache souligne en ce sens que : « le Wisc-IV appartient au XXI^e siècle, siècle de l'image, de la vitesse et de la démultiplication des transmissions, et D. Wechsler aurait peut-être bien du mal à reconnaître la dernière-née de ses échelles. Cette quatrième version relègue ainsi Langage et Manipulation à l'arrière-plan pour promouvoir le Raisonnement perceptif, la Vitesse de traitement des informations ou encore la Mémoire de travail qui y occupent une place tout aussi importante que l'indice de Compréhension verbale. »³²

L'outil d'évaluation apparaît ici comme le reflet d'une conception relative et culturelle qui tend implicitement à poser comme « objectifs » les signes, critères, performances qu'elle construit en présupposant ce qui vaut la peine d'être évalué pour mesurer « l'intelligence ». S'il paraît nécessaire de nuancer notre propos en rappelant qu'il y a autant de façons d'utiliser un outil que d'utilisateurs potentiels, Catherine Weismann-Arcache en arrive, à propos du Wisc-IV, à mettre en relief ce qu'un test peut induire : « je conclurai en insistant malgré tout sur la difficulté à maintenir une approche clinique avec des instruments qui tendent à répondre à des tendances diagnostiques actuelles et réductrices. Ainsi, il est sans doute aisé de proposer un diagnostic d'hyperactivité et/ou de troubles de l'attention avec le Wisc-IV, mais le concept d'une intelligence à la fois complexe et globale cher à D. Wechsler s'y perd au profit d'un

28 Waters L., *L'éclipse du savoir*, Paris, Allia, 2008.

29 Gori R., Del Volgo M.-J., « L'idéologie de l'évaluation : un nouveau dispositif de servitude volontaire ? », in *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n°8 « *La passion évaluative* », éditions érès, 2009, p. 17.

30 Fédida P., *Des bienfaits de la dépression. Eloge de la psychothérapie*, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 154.

31 Zarifian E., « Quantification des symptômes en psychiatrie : évaluation, application aux traitements, conséquences en psychopathologie », in *Cliniques méditerranéennes*, n°71 « *Soigner, enseigner, évaluer ?* », éditions érès, 2005, p. 17. Nous soulignons.

32 Weismann-Arcache C., « La clinique du Wisc-IV : des chiffres ou des lettres ? », in *Le Journal des psychologues*, n°253 « *Le Wisc se met en quatre* », 2007-2008, p. 35.

découpage en indices parfois redondants. ».³³ Le point étonnant dans cette remarque est encore la problématique du diagnostic, enjeu implicite qui semble surdéterminer le contenu même du test en question.

Pour aller plus loin sur la question « qu'est-ce qui a de la valeur ? », il faudrait aussi suggérer qu'une grille d'évaluation sera investie différemment par chacun : il s'agit alors de la valeur accordée à tel outil par celui qui en parle et/ou s'en sert. De là vient notre intérêt pour les réflexions de Bion qui semblait toujours prêt à réinventer sa grille. Pour Bion, une grille ne pouvait pas être un système figé, elle s'apparentait à une médiation à subjectiver au sens où elle impliquait une forme de créativité³⁴. Une telle conception est bien loin d'un investissement imaginaire des tests comme « garanties » d'un savoir objectivant et d'une rencontre standardisée. Il convient donc d'insister sur ce fait : il y a des types très différents d'évaluations, notamment des évaluations investies comme des outils objectivants et des évaluations subjectivées. Winnicott par exemple évaluait à sa manière quelque chose qui demeure éminemment qualitatif : la capacité de *jouer* et de *créer* de l'enfant et du thérapeute en séance³⁵. Là encore, cette dimension *qualitative* de la vie psychique ne peut être traduite en critères mesurables, de même que l'épuisement de la capacité de jouer / créer dans des processus dépressifs ne peut être traduit dans des scores quantifiés. De nombreux psychanalystes ont ainsi apporté leur contribution à la question explicite de la valeur³⁶. Ce qui a de la valeur dans l'épistémologie freudienne, c'est *la parole d'un sujet* qui associe à partir de sa vie, de ses souvenirs, c'est le récit qui en même temps raconte et transforme les scènes d'un rêve³⁷. Freud parlait aussi de la valeur psychique du rêve à la fois comme lieu d'expression de la mémoire infantile, de représentation du désir sexuel et comme soupape de sûreté. Le rêve vaut fondamentalement par le « travail » qu'il suppose³⁸. Dans cette perspective, l'œuvre de Freud est indissociable d'une *subversion des valeurs* dans l'approche du sujet humain et de sa souffrance, de par l'hypothèse d'un psychisme inconscient qui a sa logique. Il serait possible de démontrer qu'il y a un usage freudien du concept de valeur, concept qui exigerait pour sa pleine compréhension une perspective métapsychologique. Dans *L'interprétation des rêves*, Freud écrivait une phrase qui a une dimension nietzschéenne : « Ce produit, le rêve, doit avant tout être soustrait à la *censure*. Pour cela, le travail du rêve se sert du déplacement des intensités psychiques, qui peut aller jusqu'à une "transvaluation de toutes les valeurs" psychiques »³⁹. Cette notion de « déplacement » peut être située au cœur de la métapsychologie⁴⁰. Quelles implications éthiques et cliniques la conception freudienne des valeurs peut-elle induire dans notre pratique auprès de sujets en souffrance ?

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition (1980), traduction française DSM-III, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 1983.

AULAGNIER P., *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF, 1975.

33 Weismann-Arcache C., « La clinique du Wisc-IV : des chiffres ou des lettres ? », in *Le Journal des psychologues*, n°253 « *Le Wisc se met en quatre* », 2007-2008, p. 38.

34 Bion W.R., « La Grille » (1971), in *Entretiens psychanalytiques*, Paris, Gallimard, 1980, p. 216.

35 Winnicott D.W., *Playing and reality* (1971), traduction française *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1971.

36 Winnicott D.W., *Playing and reality* (1971), traduction française *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1971.

37 Freud S., *Die Traumdeutung* (1900), traduction française *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967, p. 437.

38 Freud S., *Die Traumdeutung* (1900), traduction française *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967, chapitre VI.

39 Freud S., *Die Traumdeutung* (1900), traduction française *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967, p. 432.

40 Didier-Weill A., *Un mystère plus lointain que l'inconscient*, Paris, Flammarion, département Aubier, 2010, p. 179.

- BAYER R., Spitzer R., « Neurosis, Psychodynamics, and DSM-III. A history of the Controversy », in *Archives of General Psychiatry*, vol. 42, n°2, Chicago, 1985, pp. 187-196.
- BION W. R., « La Grille » (1971), in *Entretiens psychanalytiques*, Paris, Gallimard, 1980.
- BION W. R., « Césure » (1975), in *Entretiens psychanalytiques*, Paris, Gallimard, 1980.
- DIDIER-Weill A., *Un mystère plus lointain que l'inconscient*, Paris, Flammarion, département Aubier, 2010.
- FEDIDA P., *Des bienfaits de la dépression. Eloge de la psychothérapie*, Paris, Odile Jacob, 2001.
- FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.
- FOUCAULT M., *Le pouvoir psychiatrique. Cours du Collège de France (1973-1974)* ; Paris, Gallimard / Seuil, 2003.
- FOUCAULT M., *L'herméneutique du sujet. Cours du Collège de France (1981-1982)* ; Paris, Gallimard / Seuil, 2001.
- FREUD S., *Die Traumdeutung* (1900), traduction française : *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.
- GORI R., *La preuve par la parole. Sur la causalité en psychanalyse*, Paris, PUF, 1996.
- GORI R. et DEL VOLGO M.-J., *La Santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël, 2005.
- GORI R. et Del Volgo M.-J., « L'idéologie de l'évaluation : un nouveau dispositif de servitude volontaire ? », in *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n°8 « La passion évaluative », Editions érès, 2009, pp. 11-26.
- GUELFY J.D., « La psychiatrie mondiale et le DSM III », in *Médical Digest Psychiatrie*, vol. 1, n°2, 1985, pp. 1-2.
- HESNARD A., *L'univers morbide de la faute*, Paris, PUF, 1949.
- JABES E., *Le Seuil Le Sable*, Poésies complètes 1943-1988, Paris, Gallimard, 1990, Collection Poésie / Gallimard .
- LACAN J., *Le Séminaire livre I, Les écrits techniques de Freud (1953-1954)*, Paris, Seuil, 1975.
- MELTZER D., *Dream-Life. A Re-examination of the Psycho-analytical Theory and Technique*, The Roland Harris Trust Library, 1984.
- TORDJMAN S., « Les échelles d'évaluation en psychiatrie infanto-juvénile : intérêts, limites, aspects éthiques », in *Psychiatrie Française*, n°2, 2001.
- WATERS L., *L'éclipse du savoir*, Paris, Editions Allia, 2008.
- WEISMANN-ARCACHE C., « La clinique du Wisc-IV : des chiffres ou des lettres ? », in *Le Journal des psychologues*, n°253, « Le Wisc se met en quatre », Décembre 2007-Janvier 2008, pp. 35-38.
- WINNICOTT D.W., *Playing and Reality*, traduction française : *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1971.
- ZARIFIAN E., *Les Jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob, 2000, Collection Poches Odile Jacob.
- ZARIFIAN E., « Quantification des symptômes en psychiatrie : évaluation, application aux traitements, conséquences en psychopathologie », in *Cliniques Méditerranéennes*, n°71, « Soigner, Enseigner, Evaluer ? », Editions érès, 2005.