

Observation des dynamiques groupales dans une équipe pédagogique

Un dialogue complémentariste entre l'approche
psychanalytique de groupe et l'anthropologie médicale
clinique en contexte pluriculturel

TT Céline Nguyen-Viet et Philippe Robert

Depuis la circulaire de rentrée de l'école inclusive de 2019, les psychologues de l'Éducation Nationale (psychologues EN) sont de plus en plus sollicités dans la compréhension des dysfonctionnements des processus d'apprentissage des enfants à l'école primaire, notamment dans les situations de résistance aux adaptations pédagogiques. Leurs interventions apportent un éclairage dans la construction du parcours d'inclusion des enfants en difficulté scolaire sur les mises en relation entre les affects du dedans (fonctionnement psychique) et les tensions du dehors (les liens socio-culturels). Pour ces enfants en difficulté scolaire récurrente, un compte-rendu de bilan psychologique gagnerait à être étoffé par les données provenant de l'analyse des mouvements psychiques qui les traversent, ainsi que de ceux des adultes impliqués dans leur accompagnement au sein de l'école. La prise en compte des différents niveaux de la réalité psychique des équipes autour de l'enfant – et non uniquement des représentations de son agir et de ses difficultés – restituerait alors la situation à analyser dans sa globalité.

Comment les difficultés de l'enfant sont-elles perçues et renvoyées en miroir par le groupe enseignant ? Comment les diverses représentations collectives des difficultés peuvent-elles moduler la dynamique groupale au sein de l'équipe enseignante ? Comment peuvent-elles influencer sur les choix d'orientation d'un projet éducatif et d'accompagnement de l'enfant et plus particulièrement dans un contexte de métissage plurilingue et pluriculturel de plus en plus souvent rencontré sur le terrain ?

Dans cet article, je propose une réflexion sur une méthodologie de recueil et de notation de données que j'ai mise en œuvre lors d'une observation clinique du groupe formé par les participants à un Conseil des maîtres (réunion de toute l'équipe pédagogique animé par la directrice de l'établissement) convoqué pour examiner le cas d'un enfant en très grande

difficulté scolaire. Ces données répertoriées dans les différentes colonnes d'une grille de notation me permettent, en tant que psychologue présente à ce Conseil des maîtres, d'élaborer des hypothèses de travail dans le cadre d'une proposition de médiation entre les enseignants et la famille. Ainsi, ma présence dans une réunion qui ne regroupe généralement que l'équipe pédagogique m'a permis d'être dans une situation réflexive privilégiée d'observatrice impliquée, faisant également écho à mon statut de chercheuse dans le cadre d'une recherche-action.

Il faut souligner que ces données recueillies n'étaient, jusqu'alors, pas prises en compte dans la clinique scolaire et donc non utilisées dans la construction de projet pour déterminer des adaptations pouvant être proposées à l'enfant. Elles proviennent des différentes représentations socio-culturelles des difficultés de l'enfant-élève (Rinaudo, 2004) par l'équipe enseignante, sous l'angle des différents groupes d'appartenance (Rouchy, 2009), les groupes d'appartenance primaire (famille élargie) et secondaire (groupes institués, professionnels, hors cercle familial). Seront particulièrement étudiés leurs effets sur la dynamique groupale lors des réunions concernant l'enfant. En effet, selon le jeu des mouvements d'« alliances inconscientes » (Kaës, 2014), ces éléments sont fortement mobilisés dans la formation des représentations collectives.

La population de mon terrain d'intervention étant marquée par un métissage socio-culturel (famille mixte, famille allophone), que cela soit du côté des familles ou de celui des enseignants, il m'a semblé pertinent de croiser des outils du domaine de l'Anthropologie Médicale Clinique (AMC) avec ceux de l'approche psychanalytique dans l'observation des groupes. Aussi, dans une première partie, je mettrai en relation le système explicatif tripartite du *Sickness-Illness-Disease (SID)* (Kleinman, 1978) avec le repérage des représentations socio-culturelles formées inconsciemment à partir des « incorporats culturels » (Rouchy, 2001/2008b). Le système explicatif de l'AMC étant fondé sur les représentations socio-culturelles de la maladie sous trois angles différents, il peut être utilisé comme une trame à trois voies/voix sur laquelle peuvent s'élaborer des hypothèses de travail concernant les objets culturels que Jean-Claude Rouchy (2009) définit comme des *incorporats culturels*, car intériorisés à l'insu de l'individu à partir de son groupe familial. Pointer différents déterminants socio-culturels grâce au système explicatif de l'AMC a facilité mon repérage des moments de rupture, de butée, de reprise de différentes traces culturelles laissées par l'équipe enseignante et leurs variations dans les mouvements d'*alliances inconscientes* lors des réunions instituées, comme par exemple le Conseil des maîtres.

Cette approche « complémentariste » (Devereux, 1972) m'a également permis d'intégrer les spécificités d'un contexte scolaire comportant des dimensions groupales, pluriculturelles et plurilingues. Les utilisations du système explicatif du trépied *SID* de l'AMC et de la notion d'*alliances inconscientes* ont guidé ma notation d'éléments dans une grille à cinq colonnes (que je préciserai ultérieurement) pendant l'observation clinique

d'une équipe enseignante qui était face aux difficultés d'apprentissage d'un enfant entré à l'école par l'intermédiaire de l'Unité Pédagogique pour Élèves Allophones Arrivants (UPE2A).

La dernière partie de l'article sera centrée sur l'apport des données observées dans l'élaboration des hypothèses de travail et les préconisations de ce que j'appellerai « les médiations culturelles cliniques » à destination des enseignants et des familles dans l'accompagnement de l'enfant.

Des cadres théoriques utilisés à leur application clinique dans les groupes

Les incorporats culturels et les alliances inconscientes dans la psychanalyse de groupe

L'individu se structure à travers ses premiers liens avec son groupe d'appartenance primaire (famille élargie) considéré « comme forme et structure d'étayage, le groupe préexist[ant] toujours au sujet [...] Corps et groupe sont à la fois le support de la relation d'objet et du narcissisme » (Rouchy, 2005). De là, découle l'existence d'une base commune au niveau groupal, d'un étayage culturel. C'est dans cet espace de réalité psychique que J.-C. Rouchy conceptualise les notions d'*incorporats culturels non-mentalisés* et de *lignée* assurant la continuité générationnelle (Rouchy, 2001/2008b).

Dans le groupe d'appartenance secondaire (groupe institué lié au parcours de vie, au parcours professionnel), ce sont les différences qui deviennent les organisatrices des échanges : les différences vont permettre la construction du « Je » qui prend conscience de l'écart entre l'autre ou les autres et lui-même. Étant à l'extérieur du groupe d'appartenance, le « Je » n'est plus pris dans un renvoi en miroir du même et de l'identique (Rouchy, 1998/2008a). Les différences présupposent une consolidation antérieure des processus d'individuation pour assurer la possibilité d'une relation d'objet ou d'une relation avec l'autre. Ainsi, « les groupes secondaires complètent l'intériorisation culturelle et concrétisent l'appréhension de l'espace et du temps : ils ont donc une fonction de socialisation et d'intériorisation de normes et de valeurs » (Rouchy, 2009, p. 153).

L'identification première à une figure commune dans le groupe, idéalisée, comme le meneur ou « l'esprit de corps » (Kaës, 2017) qui serait le porte-parole du groupe, permet une translation du singulier vers le collectif, adossée au sentiment d'appartenance à ce groupe. Ce transfert est possible si chaque membre abandonne une partie de ses idéaux et de ses propres objets d'identification (Freud, 1921/2010). C'est dans le début de la formation du groupe que le principe d'indifférenciation/différenciation peut émerger et que les réalités psychiques s'établissent, individuelles d'abord, puis groupales et sociales. Cette première formation groupale entraîne des jeux d'alliance où les membres passent par une phase marquée par l'illusion d'autosuffisance par rapport au monde externe : c'est l'illusion groupale

(Anzieu, 1971). La possibilité de faire perdurer cette illusion pendant un temps suffisamment long consolide le lien d'appartenance à un groupe. Les mouvements inconscients apparaissent ainsi déterminants dans la nature et la pérennité des liens entre les membres du groupe. René Kaës (2014) dégage trois types principaux d'alliances inconscientes : les alliances structurantes, défensives et offensives.

Le travail d'identification de ces alliances inconscientes permet de rendre compte des problématiques individuelles et collectives qui se jouent ou se rejouent sur la scène institutionnelle face à la grande difficulté scolaire d'un enfant. Les conflictualités – renvoyant aux conflits dans leur forme non-manifeste, conceptuelle et psychique (Mellier, 2003) – ainsi reconnues et désignées peuvent se déposer et se transformer sur de nouvelles bases communes, constitutives d'une culture partagée au sein de l'équipe enseignante. Elles sont alors moins soumises au risque d'emprise des éléments non-élaborés des groupes d'appartenance antérieurs.

Dans les contextes pluriculturels, les *incorporats culturels* du groupe d'appartenance primaire, ces « traces impensables, enregistrées à l'insu du sujet [...] se manifest[ant] sous la forme d'automatisme de langage, de conduites, d'agirs » (Lecourt, 2008, p. 158), introjectés dans la construction des représentations socio-culturelles des groupes d'appartenance secondaire, pourraient alors aussi se déposer et être transformés dans leur « aspect démétaphorisable, objectivable », car reconnus et désignés à travers les trois angles du modèle explicatif du *Sickness-Illness-Disease (SID)* de l'AMC que je vais maintenant présenter.

Le modèle explicatif tripartite du *Sickness-Illness-Disease (SID)* de l'anthropologie médicale clinique (AMC)

Le cadre de l'AMC a été défini par Arthur Kleinman, psychiatre et anthropologue américain. Il permet de distinguer ce qui tient du psychisme individuel du collectif culturel en croisant, d'une part, les ressentis et représentations de la maladie du côté du patient et, d'autre part, les représentations inhérentes à l'histoire de l'institution de soins. Le but est de prendre en compte l'influence des représentations socio-culturelles afin d'écarter toute interprétation hâtive d'un diagnostic. Le *SID*, concept tripartite mis en évidence par A. Kleinman (1978, 1980), s'est articulé sur la possibilité de la langue anglaise de proposer trois signifiants au mot générique « maladie » de la langue française, entraînant trois axes de chaînes associatives de signifiés propres : « *sickness* », la maladie comme phénomène sociétal, « *illness* », la maladie ressentie et vécue par le sujet, et « *disease* », la maladie définie par les nosographies et comme diagnostic biomédical.

Appliqué au milieu scolaire, le trépied *SID* présente trois entrées permettant d'appréhender le vécu d'une équipe enseignante en considérant ses représentations socio-culturelles quant aux difficultés scolaires d'un enfant. Il permet un décentrage socio-culturel, la notion de décentrage culturel

ayant été étudiée par les psychanalystes groupalistes qui en ont souligné la nécessité. En effet, le passage de la réalité psychique à la réalité extérieure ne peut se mettre en place que par une sortie progressive des espaces transitionnels formés par les groupes d'appartenance primaire et secondaire qui, sinon, maintiendraient l'individu dans du semblable, de l'indifférencié, et empêcheraient toute structuration de sa subjectivité (Rouchy, 1998/2008a). Le décentrage culturel peut permettre à chacun, professionnel enseignant et observateur clinicien, de faire le pas de côté nécessaire pour analyser une situation hors de l'influence des objets culturels métaphorisés. Ainsi, la sensibilisation à ce modèle explicatif de l'anthropologie pourrait aider le psychologue EN à garder une attention exempte de l'influence de ses propres déterminants socio-culturels tout en restant attentif à ceux émanant du groupe et à leurs effets lorsqu'il prend des notes à l'occasion de l'observation d'un groupe au travail.

Je propose une transposition en milieu scolaire de l'aspect polyphonique dégagé par le procédé de décentrage socio-culturel du *SID* selon les axes suivants :

- Le *Sickness* correspondrait à l'axe sur lequel se déploieraient les chaînes associatives regroupant des déterminants issus des difficultés sociétales. Il contextualise la souffrance vécue dans un système explicatif mobilisant des déterminants sociaux et sociétaux : difficultés matérielles de la famille et de la communauté scolaire, ainsi que les statuts de leurs membres par exemple.
- L'*Illness* correspondrait à l'axe sur lequel se déploieraient les chaînes associatives regroupant des déterminants issus des difficultés vécues par l'enfant et sa famille. Il correspondrait à la singularité que prendraient les difficultés scolaires à travers les « métaphores culturelles » (Bennegadi et Londner, 1991) empruntées pour expliciter au mieux la souffrance malgré le manque de mots. L'*Illness* se fonderait ainsi sur les *incorporats culturels non-mentalises* dans les échanges concernant la famille, l'éducation et la santé mentale (par exemple, les recours aux médecines parallèles, au culte des ancêtres...).
- Le *Disease* correspondrait à l'axe sur lequel se déploieraient les chaînes associatives regroupant des déterminants issus des difficultés perçues par le professionnel se référant aux tableaux nosographiques et aux approches théoriques issues de sa formation.

Le décentrage culturel par rapport à ces déterminants socio-culturels de l'AMC évite un glissement des interprétations vers des stéréotypes culturels, comme par exemple la surexposition à l'exotisme, le déni de différenciation, la « complicité culturelle ». En effet, le professionnel face à des impasses peut également se retrancher derrière son modèle explicatif et être dans le jugement de l'autre, lui assignant, par exemple, un modèle éducatif et des rôles parentaux issus de sa configuration familiale, celle de la famille nucléaire, en lieu et place d'une famille polynucléaire ; et interpréter dans ce cas les associations provenant de l'axe des déterminants du *Illness*, issus du

groupe d'appartenance primaire, pour des éléments de celui du *Disease*, issus du groupe d'appartenance secondaire.

L'application clinique de ce croisement des concepts dans la notation des données issues de l'observation d'une équipe enseignante du premier degré, pendant un Conseil des maîtres pour un projet d'accompagnement d'un enfant en grande difficulté scolaire, illustrera les enjeux de l'inclusion de ces données de la clinique groupale et des éléments socio-culturels de l'anthropologie clinique dans une compréhension plus fine des résistances aux adaptations scolaires dans un contexte pluriculturel. Un tableau à cinq colonnes permet le recueil, respectivement, des propos et des chaînes associatives de l'équipe enseignante émanant des axes du *Sickness*, du *Illness*, du *Disease*, des associations de l'observatrice psychologue EN et de ses hypothèses de travail dans l'après-coup.

Observation et analyse clinique du groupe réuni autour de la situation de l'élève Alexandru

Présentations et représentations des difficultés d'Alexandru par l'équipe enseignante

Des éléments de compréhension des réalités psychiques du groupe formé par la directrice et les enseignants convoqués dans le Conseil de maître peuvent déjà être identifiés par le clinicien groupaliste sensibilisé aux notions du *SID* au moment de la présentation de l'enfant, par ce que les professionnels en donnent à voir, les répétitions, les oublis dans leur discours. Les informations sur l'enfant et sa famille sont de source secondaire, communiquées lors d'une réunion en présence de la directrice et de l'enseignante, avant les passations des tests psychométriques.

Alexandru a 12 ans et est en CM2 au moment de mon intervention en tant que psychologue du secteur pour un bilan psychologique demandé par son enseignante et avec l'accord de ses parents, dans le cadre d'une éventuelle orientation en éducation spécialisée. Alexandru est né en Ukraine, de père ukrainien et de mère roumaine. Il a un frère plus jeune. La famille est arrivée en France au début des années 2010 et ne parlait pas français. Alexandru est alors inclus en CP et accueilli dans l'UPE2A (Unité Pédagogique pour Élèves Allophones Arrivants) dont la mission est de permettre aux enfants allophones d'apprendre le français pendant un à deux ans avec une enseignante formée en Français Langue Étrangère (FLE). Lors du Conseil des maîtres pour les passages en CE1, il a été décidé qu'Alexandru serait maintenu à plein temps en CP sans accompagnement supplémentaire du dispositif UPE2A, sa maîtrise orale de la langue française ayant été jugée suffisante.

Les informations sur les trois années scolaires suivantes d'Alexandru rapportées par la directrice et son enseignante me semblent correspondre à des représentations provenant de l'axe du *Illness*. En effet, ce qui se dégage de leurs propos concerne le couple parental d'Alexandru dans une répartition

des rôles marquées par un schéma traditionnel du père comme seul contact entre la famille et l'école et d'une mère très discrète, se tenant à « *un coin de rue à vingt mètres de l'école* » et n'osant aucun contact avec l'établissement, même physique. Elles insistent sur les nombreux déménagements et absences de l'enfant. La présence de la famille en pointillés dans une succession d'espaces de vie, allant d'hôtel en hôtel, et la présence par alternance du père entre la France et la Roumanie se reflètent dans la présence d'informations incomplètes sur l'enfant. Il n'y a en effet aucune trace écrite des adaptations pédagogiques, pourtant effectives, permettant à Alexandru d'aller dans des classes de niveau inférieur en fonction de ses résultats en mathématiques et en français.

Ces mesures de différenciation pédagogique n'ont pas aidé l'enfant à progresser. Des problèmes de comportement ont été signalés par écrit dans un cahier de comportement propre à Alexandru et tenu par ses enseignants successifs. Il semble qu'Alexandru est passé d'« *une attitude passive désintéressée* » à son arrivée dans l'établissement en CP/UPE2A à un comportement « *agressif, perturbateur au sein de la classe de CE2, se moqu[ant] de ses camarades* ».

À partir du CM1, la présentation du parcours d'Alexandru au sein de l'établissement est plus clairement renseignée. La présence de documents écrits et le nombre important de réunions instituées pour lui semblent influencer sur les associations de la directrice et de l'enseignante avec une prégnance de déterminants de l'axe du *Disease* identifiables avec des références marquées aux dispositifs institutionnels. Le « niveau scolaire » d'Alexandru est mentionné à plusieurs reprises, remplaçant les allusions aux comportements et déplacement de sa famille. La directrice précise qu'il a été globalement évalué par l'enseignante à un niveau de début de CE1. Le compte-rendu d'une équipe éducative (réunion entre l'enseignante, la directrice et les parents) à l'entrée du CM1 peut être consulté et souligne qu'il a refusé toutes les aides d'adaptation et ne s'est investi que dans le travail de copie. Quant au reste, l'enseignante avait le sentiment qu'il donnait des réponses « *au hasard [...] pour faire comme les autres* » et qu'« *il n'hésitait pas à adopter une attitude inacceptable pour se faire sanctionner et ne pas se confronter aux difficultés* ». L'équipe avait insisté alors sur la nécessité d'un suivi orthophonique, d'une aide psychologique, et évoquait la possibilité d'une orientation en éducation adaptée. En attendant, l'école proposait un Projet de Réussite Éducative (PRE), géré en partie par la commune, permettant de mettre les parents en lien avec une assistante sociale et d'inscrire les enfants à des activités organisées par la mairie. Des démarches avaient été également effectuées afin que la famille obtienne un logement. Cependant, la directrice soulignait que ni le père, ni la mère n'étaient venus aux rendez-vous fixés par l'école durant le reste de l'année de CM1. Les parents avaient alors perdu le bénéfice du PRE. Ils ne s'étaient pas rendus non plus à plusieurs rendez-vous des services de prise en charge.

Lors de ma première rencontre avec Alexandru dans le cadre du bilan psychologique qui m'avait été demandé, j'ai noté qu'il se sentait « *complètement perdu* » par le fait d'« *aller de temps en temps dans d'autres classes / des fois c'est parce que je suis puni / des fois c'est pour travailler avec les petits / c'est pour que je progresse* ». Il n'avait pas d'emploi du temps fixe, pas de semainier écrit collé dans un cahier de texte. Il refusait ce « *programme d'adaptation* » et ne comprenait pas pourquoi il devait « *encore quitter ses camarades* ». Ce que proposait l'école rejouait ce que vivait également Alexandru avec et dans son groupe d'appartenance primaire. L'espace contenant qu'elle aurait dû assurer comportait des trous, le laissant dans des allers-retours entre plusieurs classes, sans qu'il puisse en différencier les objectifs. Il semblait vivre ces adaptations pédagogiques comme une succession de ruptures et de séparations avec un groupe classe qu'il aurait pu investir autrement avec ses camarades. Il m'a alors semblé opportun de travailler avec toute l'équipe pédagogique sur ses capacités à être contenante.

Identification des déterminants du SID et de leurs effets sur la formation des alliances inconscientes

C'est dans le contexte exposé ci-dessus que le premier Conseil des maîtres – regroupant toute l'équipe pédagogique (les quatorze enseignants de l'école et la directrice) et moi-même – a eu lieu durant une pause méridienne dans la salle des enseignants. Les différents moments d'observation retenus sont présentés dans l'ordre du déroulement du Conseil des maîtres. Les éléments retenus dans l'observation clinique du groupe ont été reportés sur la grille méthodologique présentée précédemment. Lors de l'observation, plusieurs phases ont été identifiées. Dans le cadre de cet article dont l'objet est l'observation du groupe des enseignants, j'exposerai uniquement les phases durant lesquelles l'équipe a semblé se constituer comme groupe.

Phase d'agitation avant la formation du groupe fermé

L'attente avant le début de la concertation, entre silence et agitation, a constitué un espace malléable se déplaçant avec les plus jeunes collègues qui semblaient se mouvoir vers deux enseignants « *mémoire de l'école* », puis à la recherche d'un leader, d'un référent, à chaque fois qu'une nouvelle figure entrait dans l'espace collectif. La nouvelle enseignante, que je nommerai madame N., s'est rapprochée d'un des anciens en demandant quel était l'ordre du jour. Face à l'absence de réactions, elle est partie à la recherche d'éléments symboliques relevant de l'axe du *Disease*.

Sa question pouvait mettre le groupe dans un travail d'élaboration et d'échanges langagiers. Chacun y est allé de ses propositions et revendications pour les points possibles de l'ordre du jour. Seulement, dans cet espace indéfini et impersonnel d'une salle polyvalente – servant de cantine pour les enseignants, de salle de travail ou de réunions en interne et de salle de synthèse avec des partenaires extérieurs – les identifications

projectives ne pouvaient s'opérer sur un temps suffisamment long pour stabiliser une configuration groupale. Faute d'une consigne de travail précise, de distribution des fonctions dans le groupe, les représentations des aspects clivés de soi ne pouvaient pas se projeter dans les représentations de l'autre. Des îlots se sont formés par des rapprochements avec un collègue de même niveau de classe, de même sexe. Les collègues anciens qui auraient pu tenir une fonction d'étayage se sont dérobés en quittant la pièce, l'un pour prendre un cahier, une autre pour fermer la porte de sa salle de classe à clé.

Les alliances se sont construites et déconstruites assez rapidement. Elles passaient d'une alliance défensive, lorsque des sous-entendus dénonçaient le manque d'information sur le contenu de la réunion, vers une alliance plus structurante, avec une forte cohésion autour du sous-groupe apparemment constitué depuis quelques années des enseignants fumeurs qui préféraient « *en rire* » ; et vers moi lorsque j'ai rappelé qu'un des points allait porter sur Alexandru, d'où ma présence. Le groupe a semblé se satisfaire de l'humour des trois enseignants et de ma réponse.

La sortie d'un agenda professionnel, la centration sur une question d'ordre du jour ou bien l'énonciation du cas d'Alexandru ont constitué un retour à des outils qui faisaient écho aux représentations collectives familières du lieu de travail. Ces objets de la culture institutionnelle de l'Éducation nationale ont motivé les associations sous l'angle de la notion de *Disease*. Ils inscrivaient les échanges dans des signifiants assez contenantants pour que le groupe progressivement puissent s'y structurer. Aussi, j'ai pu observer l'évolution des alliances défensives en alliances structurantes lorsque les échanges se sont orientés vers des représentations ou des attitudes menées, non plus par des associations dans le champ du *Illness* ou du *Sickness*, mais par les éléments du *Disease*.

Un des plus anciens enseignants s'est adressé à moi : « *C'est la première fois qu'on fait un Conseil avec la présence d'une intervenante extérieure / enfin vous faites partie de la maison / c'est juste que le RASED on n'en a plus depuis longtemps de ce côté-ci avec les postes non-pourvus* ». Son intervention évoque ma place comme encore à l'extérieur et l'idée d'un travail en commun d'accompagnement d'Alexandru n'est pas encore très claire dans l'esprit de l'équipe pédagogique, du moins dans celui qui en occupait à cet instant la fonction de porte-parole. Il fallait donc inscrire le cadre dans lequel la réunion allait se dérouler et m'y inscrire. J'ai commencé par aller chercher les chaises dispersées aux quatre coins de la salle pour les disposer autour de la grande table et, à ma proposition de rassembler les tables pour préparer la salle, la nouvelle enseignante s'est jointe rapidement à moi pour m'aider. Puis, tous les enseignants présents se sont mis à débarrasser la table des piles de cahier et de la vaisselle qui traînait pour les rassembler. Nous avons notre espace de travail.

Phase de recadrage par le tiers institutionnel

L'arrivée de la directrice a entraîné une nette baisse du volume sonore du groupe, sa présence induisant une réaction groupale de début de formation d'alliances offensives. Chacun s'est accordé à parler plus bas. Cependant, certains enseignants ont continué à rester en dehors de l'espace de concertation, à poursuivre leurs conversations comme si de rien n'était, constituant ainsi des sous-alliances offensives ; « une façon d'être ensemble comme un écho groupal » (Robert, 2003) restait en suspension hors de l'espace de concertation comme pour faire perdurer le temps de convivialité avant de passer à un ordre du jour dont certains n'avaient pas été informés.

Dans cette configuration d'îlots éparpillés d'enseignants, la voix de la directrice annonçant le début du conseil des maîtres s'est perdue. La résistance des sous-groupes à rejoindre la table et à mettre fin aux conversations personnelles a étouffé la portée du message, l'abaissant à un même volume sonore que le brouhaha qui régnait déjà. Les enseignants ont ainsi marqué une volonté de différenciation entre leur groupe et la directrice, tout en la maintenant dans un rapport non-hiérarchique. S'est dessinée en direct une opposition à son autorité.

Les associations émanant de l'axe des déterminants du *Sickness* sont apparues pour la première fois avec l'entrée de la directrice et sont en lien avec les explications avancées pour son retard : « *encore des parents qui sont censés venir récupérer des enfants et qui ne sont pas là / impossible de les joindre j'ai mis les enfants à la cantine* ». L'évocation d'un enfant oublié pendant le temps de repas a relancé les associations autour des aliments, comme à mon arrivée dans la salle, avec cependant un changement important, celui de sa négation, de son absence de représentation, avec le renvoi au manque de nourriture. La notion de précarité, ici sociale, a fait son apparition dans la salle des maîtres. Ces éléments de l'axe du *Sickness* ont entraîné une réaction groupale vers des mouvements d'alliances offensives. On pouvait entendre des « *c'est pas à nous de nous occuper de ça c'est de la responsabilité du péri-scolaire* » ou « *tu ne devrais pas entrer dans le jeu de ces parents c'est pas la première fois* ». Ces alliances offensives ont pu cependant être contenues et transformées avec une reprise en main du leader. Rapidement, la directrice a coupé court à ces propos en imposant physiquement un mouvement circulaire : elle a commencé à distribuer les photocopies de l'ordre du jour puis a laissé les enseignants se les faire passer comme un liant. Elle a réinitialisé un sens, un retour d'ancrage du groupe autour de la table. Elle a donné ainsi le signal de départ pour une élaboration collective en consolidant la formation d'alliances structurantes dans l'équipe par la distribution des déterminants du *Disease* ; les photocopies de l'ordre du jour comme l'installation matérielle des chaises autour de la table ont posé un cadre de travail. Ce mouvement initié par la directrice et repris par les enseignants illustre une co-construction progressive de ce cadre : les derniers enseignants adossés au mur ont convergé vers l'espace de réunion ; régulant la parole professionnelle, la directrice a passé en revue

l'ordre du jour et son regard se posait sur moi en début et en fin de propos comme pour m'associer à l'encadrement des énoncés.

La présentation du cas d'Alexandru par la directrice a provoqué chez les enseignants des associations vers les déterminants du *Illness* quand elle s'est mise à énumérer les différentes compétences scolaires non-acquises. En effet, la longue liste des différentes difficultés d'apprentissage semblait soulever des questionnements sur les modalités de transmission des savoirs chez les enseignants. Elle les plaçait directement dans une relation verticale avec l'enfant en résonance avec des rapports de filiation, se révélant notamment dans les surnoms donnés à l'enfant par certains enseignants quand ils s'adressaient à l'enseignante d'Alexandru : « *ton gamin [...] ton lou-lou il ne va pas aller loin avec ça.* »

La situation de restitution de certains résultats du bilan psychométrique a, en revanche, relancé des associations qui peuvent s'appréhender à partir des déterminants du *Disease*. Elle a introduit un espace de projection du groupe en fonctionnant comme un système de pare-excitation permettant de filtrer les mouvements pulsionnels et les excitations convoqués par le vide créé par une non-transmission verticale enseignant-élève, alors qu'une explication du fonctionnement cognitif de l'enfant basé sur ses capacités de mémorisation et ses fragilités de traitement de l'information en séquentiel pouvait les relier à des représentations plus apaisantes. La formation d'alliances offensives est plus prégnante dans le premier contexte, celle des alliances structurantes dans le second.

Les alliances défensives émergeant des régressions contre les angoisses archaïques se sont à nouveau fait ressentir lorsque, ne pouvant faire face à une transmission qu'elle pensait devoir assumer seule, madame L., l'enseignante actuelle d'Alexandru, a décontextualisé les difficultés de l'enfant, pour glisser vers la généralisation et l'indifférenciation temporelle :

« *L'école ça ne l'intéresse pas / on dirait que ce n'est pas dans leur habitude de se fixer / on dirait qu'ils préfèrent tout régler seuls / d'ailleurs je ne suis pas seule à le dire c'était déjà écrit dans le compte-rendu de l'équipe éducative de l'année dernière* ».

Ces types d'alliances défensives contre le désaveu de l'équipe enseignante d'être en capacité d'aider Alexandru apparaissent généralement dans la phase précoce d'une configuration groupale ou au début d'une étape de transformation du groupe vers un autre type d'alliance, soit offensive, soit structurante. C'est lors de ces étapes de formation et de transformation groupales que les déterminants du *Disease* sont majoritairement identifiés comme s'il était nécessaire de revenir à des représentations et associations communes pour parer à toute menace de démantèlement du groupe. Cependant, dans le cas particulier de madame L., un outil institutionnel tel que le compte-rendu de l'équipe éducative a été utilisé pour justifier ses propos relevant du *Illness* ; l'utilisation en vain de cet outil lui a fait perdre sa valeur de fonction contenante et d'étayage.

Phase des effets des déterminants socio-culturels issus du groupe primaire sur les impensés

Avec la présence des propos relevant du *Illness*, il m'a été difficile de tout noter. En effet, le groupe est passé du singulier à des généralités, puis à des clichés et stéréotypes comme on a pu le repérer dans les propos de Mme L. Je n'ai pu m'empêcher de penser qu'Alexandru pouvait également perdre de l'intérêt, assis au fond de la classe, avec ces clichés sur les Roms renvoyés frontalement. Je me rappelais ce que l'enseignante m'avait dit quand j'étais venue le chercher : « *Vous avez de la chance il est là aujourd'hui / l'école buissonnière ça doit être une habitude chez eux.* »

L'évocation de la grand-mère qui le prendrait pour aller mendier pointe les déterminants du *Sickness*. Face à la précarité sociale de la famille, chacun a réagi individuellement malgré la tentative de l'enseignante d'Alexandru d'unifier tout le monde derrière des clichés ; rester dans la généralité permet en effet de mettre tout le monde d'accord. Entre les moments de silence, les éléments relevant du *Sickness* ont provoqué des mouvements défensifs et offensifs qui s'opposaient, les alliances étant construites sur des liens précaires et fragiles. La pensée n'est plus arrivée à se déployer, même si les retours au cadre et à un contenant – via la directrice – ont permis d'entrevoir furtivement des tentatives d'alliances structurantes.

Le vocabulaire technique et spécifique acquis lors de la formation professionnelle s'est constitué en éléments du *Disease* et a structuré les échanges verbaux dans le groupe face à des représentations alimentées par le *Sickness*. L'enseignante qui jusqu'alors me répondait systématiquement de la même façon négative quand il s'agissait d'avoir un retour sur les avancées, même minimes, d'Alexandru, s'est enfin tournée complètement vers moi quand je lui ai glissé le formulaire d'un Projet Personnalisé de Réussite Éducative (PPRE) en lui proposant de le remplir avec elle. J'ai souligné qu'elle pouvait m'aider à remplir la partie adaptation scolaire et que je pouvais compléter avec ce que j'avais pu saisir du fonctionnement d'Alexandru lors de la passation d'un test psychométrique.

Être témoin de la précarité des enfants pouvait être éprouvant pour une jeune enseignante comme madame L. L'aider à consolider un sentiment d'expertise a contribué à une valorisation narcissique et a permis d'instaurer à l'intérieur du groupe des relations d'étayage, de transmission, et de renforcer une dynamique groupale structurante. La centration sur des compétences professionnelles émanant de la pédagogie et le vocabulaire spécifique a joué le rôle de filtre face aux débordements possibles des propos du *Illness* sur la réflexion experte de l'équipe.

Devant la menace réelle ou ressentie comme telle par l'enseignante d'Alexandru, le groupe a semblé faire bloc autour d'elle. Nous avons à nouveau quitté le contexte actuel et singulier ; il ne s'agissait plus d'Alexandru. La pensée a évolué au gré des associations, laissant la place à d'autres scènes. Monsieur C. a cité des éléments du *Sickness* et a mis en lien des représentations de son enfance avec l'évolution du quartier :

« Moi je suis allé au collège dans ce quartier et je l'ai vu évoluer / ça empire / les Roms ne viennent pas par famille ils viennent par village ici / une ou deux familles arrivent en même temps ils s'installent et ensuite petit à petit c'est le village / on l'a vu dans les inscriptions en maternelle c'est d'un seul coup plusieurs familles et ils viennent du même bled ».

L'énonciation du parallèle entre la dégradation du quartier et la venue des familles Roms lui a échappé. Cette parole a ouvert la scène à d'autres raccourcis de pensée au risque de générer des stéréotypes et des jugements hâtifs. Certains enseignants sont sortis de leur silence : *« c'est déjà bien qu'ils inscrivent leurs enfants / normalement c'est pas dans leurs coutumes »* ; *« ce sont des traditions orales / l'écrit ce n'est pas leur priorité / c'est pour ça que les gamins ne s'investissent pas du tout ni en écriture ni en lecture »*. À partir de là, la similitude des représentations, nécessaire pour que le groupe puisse continuer à se construire comme un groupe solidaire, s'est articulée autour de thèmes relatifs aux modalités d'apprentissage. Le recours aux déterminants du *Disease* a chevauché le recours à ceux du *Illness* derrière des explications hâtives et « exotiques » de la transmission orale de la culture Roms. Alexandru ne maîtriserait pas la lecture à cause de l'absence de valeur de l'écrit dans sa culture. Les alliances ont été à nouveau offensives et ont laissé transparaître les difficultés du groupe enseignant face à l'émergence d'éléments du *Sickness* et leur répercussion sur ses membres.

Phase de synthèse

La fin du Conseil des maîtres avant le temps imparti confirme pour moi l'hypothèse d'une corrélation positive entre la présence de chaînes associatives issues de déterminants du *Illness* et la formation d'alliances offensives. Elle illustre également l'impact des déterminants socio-culturels rattachés à l'axe du *Sickness*, notamment les conditions précaires dans lesquelles vivent Alexandru et sa famille, dans la fixation des alliances offensives au sein de l'équipe éducative. Les trouées dans une narration non-partagée entre la famille et les enseignants dues à de nombreux déplacements et périodes d'absence de l'enfant ont laissé la place aux fantasmes et ont été comblées par des projections et angoisses archaïques. Cela dans des moments où le groupe, empêché de fonctionner comme un groupe de travail et entraîné dans un mouvement d'éparpillement de ses membres, a attaqué les éléments extérieurs ; il lui a fallu trouver un objet commun faisant fonction de bouc émissaire pour recevoir les pulsions violentes et retrouver son illusion groupale (Anzieu, 1971) alors que le refus récurrent d'Alexandru des diverses adaptations pédagogiques a fissuré cette illusion.

Discussion et élaboration des hypothèses de travail

Lors de l'observation groupale, les données recueillies à travers l'identification des chaînes associatives et des représentations socio-culturelles émanant des déterminants du *SID* ont contribué à l'élaboration d'une proposition de médiation – que je qualifierai de « médiation culturelle clinique » – construite à partir des données reprises dans l'après-coup. Ces données sont analysées selon leurs effets sur les divers mouvements d'alliances inconscientes. Cette « médiation culturelle clinique » pourra constituer un socle de préconisations dans le travail de lien fondé sur le décentrage culturel avec l'équipe pédagogique et avec les familles. Le fonctionnement de la *médiation clinique* rejoint l'idée d'un « support projectif qui condense les vécus affectifs des membres, selon l'évolution progressive de l'imaginaire groupal » (Chouvier, 2003). Elle est culturelle, car elle prend en compte les déterminants socio-culturels prégnants dans le groupe.

La « médiation culturelle clinique » auprès de l'équipe pédagogique

La « médiation culturelle clinique » doit s'envisager comme partie intégrante des missions de prévention des psychologues EN avant des ruptures de communication entre l'école et les familles, mais également entre petits groupes au sein de la communauté éducative. Dans les situations d'impasse, il faut un retour rapide à une élaboration de la pensée dans le groupe et sortir d'un fonctionnement psychique archaïque envahi par des angoisses de morcellement. Le recours au cadre institutionnel, à son langage et ses outils, permet à chaque groupe d'appartenance de se réorienter vers un espace de représentations communes, caractérisé par les associations émanant des déterminants du *Disease*. De là, le groupe peut évoluer d'alliances défensives vers une modalité plus constructive d'alliances structurantes, dirigeant ainsi ses projections sur le tiers institutionnel, sur des objets de dépôts pulsionnels et non plus sur l'enfant et sa famille. Il s'agit d'aider à les déplacer vers des espaces contenant et tenus par des professionnels qui peuvent assurer la fonction alpha du groupe (Bion, 1962). Les processus de dissociation peuvent faire place à la cohésion dans la mesure où l'existence de règles sans ambivalence offre une aire de projection stable, délimitée par un médium défini – ici, l'espace du Conseil des maîtres avec la présence de la psychologue – et dans laquelle le groupe peut insérer des activités de mentalisation des désirs et y déposer ses angoisses primaires.

Cependant, le recours aux éléments du *Disease* pour soutenir dans le groupe une stabilité entre le monde interne et le monde externe peut mener à une certaine rationalisation de la situation, engloutissant à son tour un enfant allophone comme Alexandru dans une indifférenciation culturelle confortable pour le groupe, au risque de l'exposer à nouveau à des angoisses de dissolution et d'assimilation. L'autre n'est alors considéré que

dans un rapport à des normes et à son écart par rapport à une population standardisée, évalué psychométriquement, nous éloignant, nous psychologues, de notre mission clinique privilégiant la singularité. Aussi, dans ce cas, est-il nécessaire d'être à nouveau attentif à tout signe associatif de l'axe du *Illness* et à en valoriser certains. Cela signifie par exemple encourager les initiatives singulières des enseignants dans leurs réflexions sur des adaptations scolaires et y impliquer les conseillers pédagogiques tout en continuant à les accompagner lorsqu'il y a des ruptures d'alliances structurantes en concertation d'équipe pour soutenir la présence plurisubjective du groupe.

Dans les formations groupales, Albert Ciccone distingue un second niveau de transfert, le *transfert du transfert* (Ciccone, 2013) : au cours des analyses de pratique professionnelle, les soignants vont transférer au superviseur ce que les patients leur ont transféré. De même, lors des réunions instituées, ce transfert du transfert peut opérer lorsque les enseignants vont faire jouer au groupe ou faire vivre au « leader » ou « coordinateur » ou tiers ce que l'institution, les familles ou le groupe classe, a pu leur faire vivre. Il s'agit pour nous d'observer comment simultanément au niveau singulier et au niveau groupal, un trop plein d'affects peut être porté par la personne émergente, souvent par la directrice ou le directeur quand elle/il fait tampon et préserve l'équipe éducative des informations de l'axe du *Sickness* des enfants (expulsions des familles, chômage d'un des parents, mendicité des enfants) ou par le groupe, par exemple lors des absences de collègues et de la direction sans qu'il y ait de personnel remplaçant ; ou s'il est laissé non-métabolisé dans le rôle de menace pour le groupe comme le montre le cas d'Alexandru.

La « médiation culturelle clinique » auprès des familles

Cette réflexion s'applique également pour la médiation dans les interactions entre l'équipe pédagogique et un enfant dit « *perturbateur* », « *non adapté* » ou « *en difficulté scolaire* », et sa famille. Cette terminologie, indifféremment utilisée par les enseignants pour désigner l'enfant qu'ils n'arrivent pas à placer dans un niveau de classe ou de cycle, m'avait interpellée lors des entretiens avec l'enseignante d'Alexandru. Elle se disait, comme en miroir, « *perturbée* », souvent démunie et perplexe face aux outils « *non adaptés* » à sa disposition, ce qui la bloquait dans des situations de « difficultés » de transmission des savoirs scolaires.

La notion de *transfert du transfert* se déploie sur deux vecteurs dans la « médiation culturelle clinique » entre l'équipe enseignante et la famille. Tout changement dans l'institution (dans les moments de réforme, de changement de direction, des contenus de formation des professionnels) et les réorganisations qui s'en suivent vont se transférer sur l'enseignant et jouer sur l'organisation de sa classe et sur les outils qu'il va mobiliser pour accompagner l'enfant en difficulté. De même, l'enfant peut transférer certains déterminants socio-culturels provenant du groupe d'appartenance primaire au groupe classe ou à son leader ou coordinateur, l'enseignant.

Ces mouvements inter- et intra- psychiques, reliant plusieurs espaces du dehors vers le dedans et orientés dans un seul sens, amènent inévitablement à l'impasse, là où nous aurions besoin de circularité. Ils drainent tous les déterminants du *Sickness* provenant de leur point de départ extérieur au groupe et les déposent auprès de personnes qui n'ont pas les connaissances pour les métaboliser à l'intérieur du groupe. Ainsi, la classe et Alexandru deviennent le mur de projection des dysfonctionnements structurels de l'institution, et l'enseignante de CM2 et la classe d'accueil le mur de projection du groupe d'appartenance primaire d'Alexandru.

Ce qui va faire office de « médiation culturelle clinique », c'est la proposition faite par la psychologue de recentrer le travail de l'enseignante, d'Alexandru et de la classe sur des éléments du *Disease*, à une distance « suffisamment bonne » du *Illness*. Il s'agit, par exemple, d'encourager des productions collectives et d'en souligner la diversité comme organisateurs structurants, car elles ouvrent vers un espace composé de nouvelles modalités d'expression et de représentations actuelles partagées par tous.

Entre les familles migrantes et l'école, la communication ne pose pas de problème tant qu'il n'y a pas d'interférence du *Sickness*. Plus que les écarts entre les représentations du *Illness* du groupe d'appartenance primaire et celles du *Disease* du groupe d'appartenance secondaire dans lesquelles la communication reste partiellement préservée dans les conflits, les problèmes matériels et administratifs qui se répercutent sur le comportement, la santé et le travail de l'enfant fragilisent les liens entre l'école et la famille. Du côté des enseignants, la formation d'alliances offensives au sein du groupe face à la précarité que subit l'enfant est le résultat d'alliances défensives émanant de la chaîne associative qui s'était déployée sur des éléments du *Illness*. Nous notons un fort mouvement de repli face aux sentiments d'impuissance devant les événements du *Sickness* et leurs irruptions constantes dans le quotidien professionnel.

Conclusion

Les théories psychanalytiques de groupe démontrent les capacités du dispositif groupal à restaurer les fonctions métapsychiques sur lesquelles peuvent se déployer les processus primaires et secondaires de ses membres, tout en permettant la construction d'un contenant intermédiaire sécurisant et structurant pour les enfants de l'entre-deux culturel comme Alexandru. L'espace de l'école pourrait remplir ce rôle si ses membres étaient sensibilisés à un décentrage culturel et à une autre temporalité que portent ces enfants et leur famille. Notre proposition méthodologique d'observation permet l'analyse des *incorporats culturels* introjectés dans les représentations socio-culturelles des groupes d'appartenance secondaire, car rendus « démétaphorisables » et « objectivables » via le système explicatif du *SID*. Elle peut ainsi sensibiliser les psychologues EN dans l'accompagnement d'un groupe vers ce travail de décentrage culturel en

contexte pluriculturel ou pluriprofessionnel. La connaissance de la clinique des groupes d'approche psychanalytique et l'analyse des effets des déterminants socio-culturels permettent d'éviter qu'à l'intérieur d'un groupe fermé se développe un certain climat de complicité, de censure collective, privilégiant un consensus acceptable par tous pour sauvegarder la cohésion du groupe au détriment de décisions adaptées pour l'enfant.

Le croisement des approches de la psychanalyse groupale et de l'AMC a aussi contribué à un repérage des moments de transformation des types d'alliances par l'observation des capacités de décentration socio-culturelle des membres du groupe au regard des échanges et des associations déposés dans l'espace de réunion. Parallèlement, lors de l'observation clinique, l'attention dirigée sur l'identification des déterminants du *SID* a motivé mes prises de notes qui ont par la suite servi de levier à une réflexion sur la part du culturel quant à mon « éprouvé contre-transférentiel » (Chaussecourte, 2017). Le dialogue complémentariste des concepts, sans être intégratif, peut contribuer à un décentrage de la zone de confort méthodologique de tout professionnel en l'invitant à composer avec les nouveaux déterminants socio-culturels d'une société métissée et de rester dans un perpétuel re-questionnement de son implication dans l'écoute clinique de la polyphonie de l'autre.

Références bibliographiques

- Anzieu, D. (1971). L'illusion groupale. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 4(1), 73-93.
- Bennegadi, R. et Londner, C. (1991). Le séisme intérieur. Un entretien avec le docteur Rachid Bennegadi. *Hommes et Migrations*, 1145(1), 33-35.
<https://doi.org/10.3406/homig.1991.1691>
- Bion, W. (2018). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF. (Texte original publié en 1962).
- Chaussecourte, P. (2017). Autour de la question du « contre transfert du chercheur » dans les recherches cliniques d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation. *Cliopsy*, 17, 107-127.
- Ciccione, A. (2013). *L'observation clinique*. Paris : Dunod.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.
- Freud, S. (1921). Psychologie des masses et analyse du moi. Dans *Œuvres complètes* (p. 1-84), Volume XVI. Paris : PUF. (Texte original publié en 1921).
- Kaës, R. (2014). *Les alliances inconscientes*. Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2017). Le groupe comme entité spécifique. Dans *Les théories psychanalytiques du groupe* (p. 44-66). Paris : PUF.
- Kleinman, A. (1978). Culture, Illness and Care : Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251. HYPERLINK "<https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>"<https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture : An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- Lecourt, E. (2008). *Introduction à l'analyse de groupe. Rencontre psychanalytique de l'individuel et du social*. Toulouse : Érès.
- Mellier, D. (2003). Conflits, conflictualité et fonction contenante. *Cliniques méditerranéennes*, 68(2), 257-276.

- Rinaudo, J.-L. (2004). Construction identitaire des néo-enseignants : analyse lexicale des discours de professeurs des écoles et de professeurs de lycées et collèges débutants. *Recherche & Formation*, 47, 141-153.
- Robert, P. (2003). L'écoute active en médiation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 41(2), 87. <https://doi.org/10.3917/rppg.041.0087>
- Rouchy, J.-C. (2005). Le groupe « chaînon manquant ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 45, 51-60.
- Rouchy, J.-C. (2008a). Les groupes d'appartenance. Dans *Le groupe, espace analytique* (p. 151-176). Toulouse : Érès. (Texte original publié en 1997).
- Rouchy, J.-C. (2008b). L'identification, processus groupal. Dans *Le groupe, espace analytique* (p. 83-98). Toulouse : Érès. (Texte original publié en 2001).
- Rouchy, J.-C. (2009). Transmission intergénérationnelle dans le groupe d'appartenance. *Dialogue*, 186, 149-160.

TT Céline Nguyen-Viet et Philippe Robert

EA 4056

Université Paris Descartes

Pour citer ce texte :

Nguyen-Viet, TT C. et Robert, P. (2020). Observation des dynamiques groupales dans une équipe pédagogique. Un dialogue complémentariste entre l'approche psychanalytique de groupe et l'anthropologie médicale clinique en contexte pluriculturel. *Cliopsy*, 23, 61-78.