Article original

Du sujet dans la masse ?

É. DRAGÜLA

Hôpital National d'Instruction des Armées Bégin, Service de Psychiatrie, Saint-Mandé

Auteur correspondant : emilie.dragula@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.10218

Reçu
le 27 mars 2026

Accepté
le 18 juillet 2026

Publié
le 5 septembre 2026

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé

L'actualité géopolitique amène à repenser notre modèle actuel de prise en charge de blessés. Dans le cas d'un afflux massif, la prise en charge de groupe s'imposerait. Mais, quid du sujet dans un groupe ? Comment penser l'individu dans un groupe ?

L'article reprend quelques brèves définitions théoriques sur le groupe, la masse et le sujet avant d'interroger la manière de s'accorder dans l'urgence pour une prise en charge de groupe collective. Il invite enfin à réfléchir sur la composition du groupe avec les différents acteurs concernés.

Mots-clés : Afflux massif. Groupe. Masse. Psychologie. Médecine d'armée.

Abstract

IS THERE A SUBJECT WITHIN THE GROUP?

Our current casualty care system needs to address today's geopolitical challenges. In the event of a massive influx of casualties, group care becomes essential, which raises a fundamental question: How do we still meet the needs of the individual within the group?
To address this issue, we will begin with brief theoretical definitions of the group, the mass, and the subject. We will then explore how collective care can be effectively coordinated in emergency situations while preserving attention to individual subjectivity. Such considerations raise interest in How the group is organised with the different actors involved, and the conditions required to provide effective collective care whitout losing sight of the individual.

Keywords: Influx. Group. Crowd. Psychology. Military medicine.

Introduction

La guerre a, de tout temps, traversé les époques, mais sous des formes et des paradigmes différents. En 1969, Marguerite Duras confiait : « Je suis étonnée chaque jour de voir comment on peut supporter le monde ».
L'actualité géopolitique et les conflits récents — qu'il s'agisse du conflit russo-ukrainien où les combats de tranchées et l'artillerie de masse font surgir des tableaux cliniques proches de ceux de la Première Guerre mondiale ou d'autres conflits marqués par un afflux massif de blessés civils et militaires — projettent sur un modèle de prise en charge de flux massifs de blessés.
Cette actualité amène ainsi à s'interroger : le modèle de prise en charge hérité de la Première Guerre mondiale demeure-t-il adapté aux conflits de haute intensité contemporains ? La prise en charge de groupe peut-elle encore répondre aux enjeux psychiques actuels ?

Cet article propose des pistes de réflexion à partir d'un développement théorique non exhaustif sur le groupe, la masse et l'individu, afin de cerner la place du sujet au sein d'un collectif.
Il commencera par rappeler quelques points théoriques en distinguant la masse du groupe à partir des travaux de Le Bon, Freud et Bion.
Un parallèle sera ensuite établi avec les actions de prise en charge médico-psychologique collective propre au Service de santé des armées françaises.
Enfin, ces éléments seront interrogés au regard du sujet qui interroge les praticiens du champ de la psychiatrie appliquée aux armées actuellement : le conflit de haute intensité. Forte de l'expérience de guerres passées, la prise en charge médico-psychologique peut aujourd'hui être pensée, réfléchie et anticipée. Quels en sont les enjeux et les paradoxes ?

1 La masse

Dans son ouvrage *Psychologie des foules* (1895) [1] (traduit en allemand par *Psychologie des masses*), Gustave Le Bon considère la masse comme un groupe non organisé avec des effets de fascination et des modifications psychiques chez l'individu.
Une masse est donc un rassemblement d'individus qui partagent un certain état psychologique commun, mais sans que les relations entre eux soient structurées. Elle est selon lui première. L'identification serait une identification horizontale en ce que l'auto-entraide fonctionne comme protection de l'angoisse. La masse peut être éphémère, unifiée seulement par des émotions ou des sentiments partagés — comme dans le cas de foules, de manifestations ou de rassemblements passagers. C'est un phénomène observable aussi bien dans les mouvements de panique lors d'un attentat par exemple que dans l'euphorie d'une population en liesse. Dans les deux cas, l'individu s'évapore au profit du nombre. Cela pourrait également être le cas dans un conflit de haute intensité où la sidération collective devant l'ampleur des pertes produit un effet de contagion imaginaire.

[1] Le Bon G. Psychologie des foules. Paris : F. Alcan ; 1895.

Le Bon fait part d'une altération des individus dans une foule qui laisse place aux instincts cruels pour la libre satisfaction pulsionnelle, en faisant fi des inhibitions. Des scènes de violence collective sont observables lors de conflits urbains ou de règlements de compte, par exemple. Le collectif dans ce cas désinhibe l'individu. C'est ce qui conduira Freud, en 1920, à déplier sa théorie *Au-delà du principe de plaisir* et la pulsion de mort.

Pour Le Bon, la masse apparaît comme menaçante et inquiétante. Le contexte des années 1920, lorsqu'il parle de *masse* est marqué par la montée du fascisme et de meneurs autoritaires. Les mouvements de Nuremberg plus tard illustreront cette fascination de masse organisée autour d'un chef de ce type.

Alors que pour Le Bon la masse est essentiellement irrationnelle, Freud tente au contraire de développer des explications « rationnelles » au sujet de ses modes de réaction.

Freud reprend donc les travaux de Le Bon et va plus loin. Il aborde en effet les mécanismes inconscients à l'œuvre dans un collectif pour mettre en évidence que l'individu de la masse serait *pur être* de pulsions.

Freud rejoint toutefois Le Bon sur la modification psychique de l'individu dans un collectif, et repère que cela a d'autant plus d'effet sous l'influence d'un *leader,* tel le chef en position d'exception. C'est ce que nous retrouvons dans les masses organisées que sont l'Armée et l'Église. L'*identification* au meneur comme lien d'amour contribue à l'organisation du groupe et en la croyance de sa réussite. C'est un mécanisme qui peut se retrouver à échelle réduite, dans la relation qui unit une section de combat à son chef dont l'autorité devient un point d'ancrage psychique pour l'ensemble du groupe sous une action de feu.

Freud a lui-même développé l'identification au meneur comme Idéal, soit une identification verticale comme ce qui est le cas dans l'institution militaire.

Une masse organisée peut-elle être considérée comme un groupe ou alors comme la somme de plusieurs groupes spécifiques (tels les Forces spéciales, les commandos, les parachutistes ou encore les soignants) ?

2 Le groupe

À la différence de la masse, un groupe est structuré selon des liens plus durables qui se créent entre les individus. De par son origine sémantique, le mot *groupe* s'emploie (en français dès 1726) généralement pour « un ensemble d'êtres ou de choses ayant des caractères communs, qu'on utilise pour les classer », d'où le sens d'« ensemble de symboles, de signifiants ayant une unité » (1).

Si la masse et le groupe désignent tous deux des formes de lien collectif, ils se distinguent néanmoins par leur mode d'organisation psychique. La masse repose principalement sur l'effet de contagion imaginaire et l'effacement relatif des singularités subjectives, tandis que le groupe implique une structuration plus durable des liens, des places et des identifications. Le groupe ne supprime toutefois pas les phénomènes de masse : il en constitue plutôt une forme organisée telle qu'une batterie ou qu'une compagnie de combat ou un régiment.

Selon Freud, un groupe se caractérise par des relations interpersonnelles solides et un sentiment de solidarité marqué. Les individus peuvent y partager une « identité psychique ». Freud distingue les groupes des masses en ce que dans un groupe, une certaine hiérarchie et un processus de socialisation sont présents.

D'autre part, un groupe n'est que « le sujet de l'individuel » (2) : un ensemble d'individus réunis de manière stable et structurée où des liens unissent les individus entre eux en tant que « relation individuelle multipliée » (2). Il y a donc une « identité groupale » autour des relations interpersonnelles entre chacun des individus. C'est ce que Bion développe autour de « l'illusion groupale » et de la phénoménologie du groupe. La force du groupe repose sur un point d'identification — un événement commun vécu, un signifiant commun — comme Idéal souvent porté par le chef qui organise leurs liens. Cette organisation permet une plus grande stabilité psychique et une organisation plus rationnelle des affects, bien que les groupes puissent aussi expérimenter des phénomènes de contagion émotionnelle et de soumission au leader. Se pose alors la question des effets du groupe : sont-ils escomptés, c'est-à-dire recherchés par l'organisation groupale elle-même, ou relèvent-ils d'effets induits par la dynamique collective ? Certains apparaissent comme des effets de surcroît, à l'image de l'entraînement collectif qui contribue secondairement à structurer le groupe.

Le groupe serait donc contenant en ce qu'« il permet un certain bordage de la souffrance endurée par une communauté d'identifications » (3). Le Bataillon sacré de Thèbes, formé de 150 couples d'amants, enseigne combien les liens amoureux et l'identification à son partenaire de combat (chaque paire est formée d'un couple d'amoureux) ont joué un rôle essentiel dans la victoire décisive contre les Spartiates à la bataille de Leuctres le 6 juillet 371 av. J.-C., mettant fin à l'hégémonie de Sparte. Plus près de nous, l'esprit de corps qui caractérise certaines unités d'élite, où le lien fraternel illustre le même principe : le groupe comme rempart contre la sidération individuelle en tant que « frères d'armes ».

Pour Bion, l'effet de groupe est donc rassurant, bordant bien qu'il desserve l'effet de discours. Le groupe recouvre en effet le réel et le sens en jeu pour chacun. Il fonctionne comme un *ne rien vouloir savoir* du réel propre à pour *chaque-un*. Cela rejoint l'Idéal dans lequel la singularité est abolie. L'Idéal se rapporte à un discours qui massifie et unit les sujets, ce qui laisse peu de place pour la singularité.

C'est l'idée selon laquelle le sujet est seul, entouré d'autres seuls.

Un aparté thérapeutique illustre la doctrine de l'avant, dans laquelle les effets de discours sont anticipés. En effet, en milieu militaire, le groupe serait premier (cela reste discutable, c'est en tout cas un socle, à partir duquel s'organisent les structures militaires et la stratégie militaire jusqu'alors). Comment, dès lors, penser les effets de groupe ? L'enjeu n'est-il pas précisément à ce niveau ? Il ne s'agit pas « d'enfermer » chaque individu dans un groupe ou sur un point d'identification mais plutôt de faire « sortir le groupe de l'isolement et le sujet du groupe » (4). À savoir que le sujet se questionne sur ce qu'il s'est passé pour lui car n'oublions pas qu'au sein de tout groupe, il y a toujours « une part du sujet qui lui revient » (5), une part qui le concerne.

Ces réflexions orientent les débriefings médico-psychologiques pour faire émerger la place du sujet de l'énonciation comme prémices du soin. Un évènement vécu ensemble est à dénouer ensemble pour un groupe déjà constitué et qui repart ensemble.
Ce référentiel de la pratique actuelle du débriefing médico-psychologique serait-il encore valable dans un contexte de conflit de haute intensité ?

3 Penser le choix psychique en contexte de haute intensité

Après un détour théorique, quels liens pouvons-nous établir avec le conflit de haute intensité et les guerres actuelles ?

Par conflit de haute intensité, nous entendons afflux massif de blessés.
Accueil, triage, orientation, prise en charge de l'urgence et repérages des risques seront les maîtres mots de ce type de conflit. Ce sera un enjeu, non pas de choix, mais de nécessité qui prévaudra.

Sur une zone de combat marquée par un afflux massif de blessés, il pourrait s'agir en premier lieu de protéger, selon les principes énoncés par Salmon en *1917* : Immédiateté, Proximité, Simplicité, Expectative. Ces principes ont été appliqués et éprouvés lors des conflits successifs du XX^{e} siècle — de la Seconde Guerre mondiale à la guerre du Vietnam — avec l'idée constante de traiter le blessé psychique au plus près du front, sans l'évacuer trop vite vers l'arrière.

L'enjeu serait de réussir à rencontrer l'individu et limiter les interactions pour le faire sortir de son expérience traumatique dans une temporalité qui sera déclinée dans le post-immédiat. L'expérience actuelle de l'Ukraine l'enseigne : dans un engagement majeur, le soin psychique se déporte à l'arrière.

Il s'agit alors d'interroger le temps de l'urgence en ce que la survie des premières heures est déléguée aux combattants eux-mêmes, au premier chef aux sauveteurs au combat et aux camarades directs, formés aux gestes qui sauvent, bien avant l'arrivée de tout soignant spécialisé.

Quel sera le temps de l'urgence à distance pour les soignants ? Adaptation, reconditionnement des ressources humaines, innovation, sont les bases d'une logique médico-psychologique et hospitalière qui se transforme en cas de conflit de masse — à l'image des hôpitaux de campagne ukrainiens qui ont dû réinventer des circuits de triage psychiatrique de fortune faute d'effectifs suffisants, ou encore de l'expérience israélienne du 7 octobre 2023, qui a vu les structures de santé mentale civiles et militaires submergées en quelques heures.

Les praticiens du soin psychique s'appuieront sur des principes de nécessité et non sur des pratiques prédéfinies applicables. Dans le conflit de haute intensité, il ne s'agirait pas de faire du soin mais davantage du repérage des risques suicidaires ou de troubles du comportement en protégeant le sujet d'un risque de passage à l'acte, « le démêlé du temps » se fera ultérieurement (6).

Comment, dès lors, penser les interventions ? Quelques pistes et ouvertures en réflexion sont proposées ci-après.

4 Ouvertures et pistes de réflexion

Au regard de ces expériences passées et par les expériences actuelles (7), il semblerait nécessaire d'inventer une façon de rencontrer les individus en tant que sujets alors que le retour de masses potentialiserait des effets d'aveuglement, de déchaînement, d'angoisse. Cela donne une lecture de pourquoi l'Armée n'est plus aujourd'hui articulée avec la même intimité au tissu social de la Nation.

Comme l'écrivait déjà Guy Briole en 1998 : « L'idée et le concept même de groupe se modifient » depuis plusieurs années.

Quels en sont donc les enjeux pour chacun alors que l'organisation militaire s'appuyait jusqu'à présent sur le cadre rassurant du groupe ?

Il s'agit désormais de repenser la prise en charge du groupe en ce qu'il ne serait plus constitué avant l'événement et qu'il ne repartirait pas nécessairement *ensemble* après — un blessé évacué d'une unité pourra ainsi se retrouver, dans une antenne chirurgicale ou un hôpital de l'arrière, entouré de camarades blessés qu'il n'a jamais rencontrés avant le combat, formant un groupe de circonstance appelé à se dissoudre aussitôt les soins terminés.

Quels pourraient être les acteurs du soin psychique dans un tel contexte ? Psychiatres, psychologues, médecins généralistes, infirmiers, peut-être les secouristes ?

Les besoins seront supérieurs aux ressources. Que pouvons-nous envisager de prioriser ? Il s'agit de distinguer ce qui relève du commandement et ce qui relève du soin notamment dans la gestion du groupe et des foules.

Le professionnel du soin psychique aurait à s'impliquer de manière raisonnée en toute « neutralité active » afin de repérer ce qu'il en est pour chaque sujet. La place *extime* du psychiatre ou du psychologue vis-à-vis du fonctionnement institutionnel est ce qui distingue notre spécificité de professionnel du soin psychique en ce que nous faisons valoir la différence dans ce milieu qui tend à l'uniformité, au « tous pareils » et à la désubjectivation.

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc

Conclusion

Comment composer avec le groupe ?

Dans un conflit de haute intensité, la clinique de l'urgence médico-psychologique se voit décliner en termes de temporalité post-immédiate.

Du fait d'une approche rationnelle, il n'existerait pas de technique préétablie pour une prise en charge : les soins orientés se pensent dans un second temps grâce à un constant réglage à inventer avec les différents acteurs concernés par les enjeux de ces conflits contemporains.

Remerciements

L'auteur remercie les collègues psychiatres, psychologues et personnels paramédicaux pour leurs apports et les échanges constructifs ayant enrichi ce travail.

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc

Financements

Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement spécifique.

Contributions des auteurs

Conception, réalisation de l'analyse critique de la littérature, rédaction : ED

Approbation éthique et consentement à la participation

Ce travail ne constitue pas une recherche impliquant une recherche humaine. Il s'agit d'un article de réflexion et d'analyse critique fondé sur la littérature et les retours d'expérience professionnelle, sans recueil de données individuelles ni intervention auprès de participants. Aucune approbation scientifique ni consentement à la participation n'étaient requis.

Références bibliographiques

1. Rey A, *et al.* Dictionnaire historique de la langue française [édition numérique]. Paris (FR) : Le Robert ; 2011.
2. Miller JA. Théorie de Turin sur l'École. Paris (FR) : Presses Psychanalytiques de Paris ; 2024. p.8.
3. Briole G. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Paris (FR) : Collection scientifique de la revue Médecine et armées et de la Société française de médecine des armées ; 1998. p.136.
4. Briole G. Une clinique individuelle du traumatisme. Dans : La chose traumatique. Paris (FR) : L'Harmattan ; 2025. p.63.
5. Briole G. Une clinique individuelle du traumatisme. Dans : La chose traumatique. Paris (FR) : L'Harmattan ; 2025. p.62.
6. Emmanuelli X. Propos recueillis par Jullien B. La Cause du désir. 2014 ; 86 : 7. Disponible : https://shs.cairn.info/revue-la-cause-du-desir-2014-1-page-7?lang=fr
7. Saguin E. Dégager le sujet du groupe. Le débriefing médico-psychologique à l'épreuve de la haute intensité. Med Armees. Sous presse 2026. doi : 10.17184/eac.10215.