



**HAL**  
open science

# Les pionniers de l'approche institutionnelle et groupale des traumatismes : quels destins pour quelle actualité ?

Hubert Chatrousse

► **To cite this version:**

Hubert Chatrousse. Les pionniers de l'approche institutionnelle et groupale des traumatismes : quels destins pour quelle actualité?. 2021. hal-04488432

**HAL Id: hal-04488432**

**<https://hal.science/hal-04488432>**

Preprint submitted on 4 Mar 2024

**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.

Copyright

# L'Evolution psychiatrique

## Les pionniers de l'approche institutionnelle et groupale des traumatismes : quels destins pour quelle actualité ?

--Projet de manuscrit--

<b>Numéro du manuscrit:</b>	
<b>Type d'article:</b>	Revue de la littérature
<b>Auteur correspondant:</b>	Hubert Chatrousse FRANCE
<b>Premier auteur:</b>	Hubert Chatrousse
<b>Ordre des auteurs:</b>	Hubert Chatrousse
<b>Titre complet:</b>	Les pionniers de l'approche institutionnelle et groupale des traumatismes : quels destins pour quelle actualité ?
<b>Second titre complet:</b>	The pioneers of the institutional and group approach of trauma: what fortune for what actuality ?
<b>Résumé:</b>	Dans le contexte terrible des deux guerres mondiales, T.W. Salmon, W. Bion et H.S. Foulkes proposèrent chacun des dispositifs institutionnels et groupaux originaux au sein des armées pour prendre en charge les soldats traumatisés. Leur clinique féconde sera pourtant évincée à l'issue des combats, et la postérité ne retiendra que peu de choses de leurs développements théorico-clinique à ce sujet. Il s'agira dans ce texte de proposer une exhumation des dispositifs et des théories issus de l'expérience de ces pionniers, avant de nous interroger sur les mécanismes qui ont pu conduire au rejet par les institutions militaire de ces psychiatres et de leurs dispositifs. Enfin nous nous interrogerons sur l'oubli des apports théoriques par leurs pairs et leur héritiers. Nous verrons que si le concept de « pénétration agie de l'objet » et un examen de la culture institutionnelle militaire permettent d'éclairer les raisons de l'évincement des auteurs et de leur œuvre hors de l'armée, l'achoppement de la transmission de leurs théories chez les spécialistes demeure en revanche énigmatique.
<b>Résumé secondaire:</b>	In the terrible context of the two world wars, T.W. Salmon, W. Bion and H.S. Foulkes each offer original institutional devices and working groups within the armies, in order to take care of traumatized soldiers. Their fertile clinic experiments will however be terminated at the end of combats and very little of their theoretical-clinical developments will be remembered. This essay will develop their systems and theories resulting from the experiences of these pioneers, before questioning the mechanisms that may have led to the rejection by the military institutions of these psychiatrists and their devices. Finally, we will wonder about the theoretical contribution oblivion by peers and heirs. We will prove that if the concept of "object active's penetration" and a review of the military institutional culture enlighten the reasons of the eviction of the authors and their work from the army, the transmission's failure of their theories among specialists remains enigmatic.
<b>Mots-clés:</b>	Traumatisme psychique; trauma; soin communautaire; soin institutionnel; psychanalyse de groupe; névrose de guerre; pénétration agie de l'objet
<b>Mots-clés secondaires:</b>	Psychic traumatism; trauma; Community Care; Institutional care; group analysis; war neurosis; object active's penetration

**Les pionniers de l'approche institutionnelle et groupale des traumatismes : quels destins pour quelle actualité ?**

**The pioneers of the institutional and group approach of trauma: what fortune for what actuality ?**

**Hubert Chatrousse, Psychologue Clinicien et Doctorant  
Université Paris Nord - Laboratoire « Unité transversale de psychogénèse et psychopathologie » EA 4403 - 99 Avenue Jean Baptiste Clément, 93430 Villetaneuse  
Hubert Chatrousse  
06 23 46 16 95  
hubert.chatrousse@gmail.com**

## Les pionniers de l'approche institutionnelle et groupale des traumatismes : quels destins pour quelle actualité ?

### The pioneers of the institutional and group approach of trauma: what fortune for what actuality ?

L'épistémologie du traumatisme psychique est à l'image de son objet. Les premières théorisations modernes au XIXe siècle témoignent, à travers leur pluralité et leurs contradictions, de la complexité du traumatisme. Cette complexité n'est ni réductible aux failles méthodologiques et théoriques de ces sciences encore jeunes, ni uniquement imputable à leurs antinomies axiomatiques (elles se poursuivent d'ailleurs aujourd'hui). Ainsi au tournant du XIX au XXe siècle, Claude Barrois (1) observe la confluence de six courants de pensée qui tentent de saisir le phénomène qui prend progressivement le nom de « traumatisme psychique ». Les notions de « railway spine » puis de « railway brain » chez Erichsen, celles de neurasthénie et d'épuisement moral avec Beard en 1880, les études sur l'Hystérie menées entre autre par la figure charismatique de Charcot, la névrose traumatique isolée par Oppenheim, l'histoire de la nosographie psychiatrique, et enfin l'avènement de la psychanalyse. Nous pourrions ajouter au tournant du XXe et du XXIe siècle, en plus des développements de la psychanalyse, le modèle du stress qui nourrit les approches comportementales et neurobiologiques du trauma.

Sans revenir sur le développement de ces modèles théoriques, et en limitant notre exploration aux deux guerres mondiales, il s'agira dans cet article de présenter les principes de prises en charge *institutionnelles et groupales* développées au sein d'institutions militaires pour répondre aux réalités cliniques impérieuses de l'horreur des conflits. Remarquables par leurs apports pratiques et leur puissance heuristique, ces dispositifs et les théories associées demeurent pourtant souvent méconnus, comme l'a très justement souligné Jean-Pierre Pinel dans un récent examen de l'histoire des cliniques institutionnelles.(2)

Nous tenterons ensuite d'éclairer les effacements historiques des dispositifs et des théories associées au sein des armées en nous appuyant sur le concept de « pénétration agie de l'objet ». Depuis ses effets dans le contre-transfert et sur le dispositif comme l'a montré Jean-Luc Donnet (3) jusque sur la théorie selon le prolongement donné par René Roussillon au concept (4). Enfin, nous questionnerons l'énigmatique évanouissement de ces apports au sein des communautés scientifiques externes aux armées.

## **Thomas Salmon, une approche institutionnelle thérapeutique et prophylactique.**

1  
2 La première guerre mondiale actualisa un tragique mais fécond tournant dans la  
3 conceptualisation du traumatisme. Après la guerre franco-prussienne de 1870, le son des canons  
4 tonne toujours, mais les boulets ont fait place aux obus, dont la confection industrielle à grande  
5 échelle permet de les faire pleuvoir indéfiniment. Au « vent de boulet » des guerres  
6 napoléoniennes succèdera le « shell shock », son homologue moderne, dans une proportion  
7 bien plus meurtrière. Se tiennent en 1916 deux conférences devant la *Medical Society of London*  
8 sur les « Effets des explosifs de grande puissance sur le système nerveux central » au cours  
9 desquelles F.W. Mott, M.D. Lond et L.L.D. Edin font le constat d'une nouvelle ère en médecine  
10 militaire.  
11  
12

13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20 Face aux pertes psychiques dues aux traumatismes méconnus et à l'heure des nationalismes,  
21 les corps médicaux des grandes puissances proposeront leur propres modèles théoriques et  
22 dispositifs de prise en charge. Dans un article paru en 2002, Ivan Fras (5), psychiatre américain,  
23 compare dans ce contexte la médecine allemande à la médecine française.  
24

25  
26 L'auteur remarque que les médecins allemands sont formés à l'université impériale, institution  
27 soumise à l'idéologie étatique militariste d'alors. La théorie d'Oppenheim, pourtant élaborée  
28 au sein de la culture germanique, est écartée au profit d'un dogme moralisateur qui suspecte le  
29 soldat de feindre sa souffrance psychique, ou de refuser la guérison pour bénéficier de  
30 l'invalidité. Face à l'augmentation des « pertes psychiques », deux méthodes sont alors  
31 utilisées : atténuer le diagnostic, ou bien majorer le traitement.(5)  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39

40 En France, la neurologie domine le champ scientifique, et des traitements somatiques sont  
41 proposés : électrothérapie, hydrothérapie, mécano-thérapie et exercices physiques en plus de la  
42 suggestion. Ivan Fras remarque que contrairement aux médecins allemands, les praticiens  
43 français n'étaient pas fonctionnaires d'état, leur niveau socio-économique leur assurait une  
44 certaine indépendance et les investigations scientifiques était plus généralement conduites dans  
45 une démarche scientifique clinique et progressiste. Du moins pour les psychiatres du front. En  
46 effet, de nombreux médecins de l'arrière comme Babinski, élève de Charcot, n'ont rien à envier  
47 à certaines pratiques allemandes d'alors. Babinski forge ainsi le concept de « pithianisme », qui  
48 signe l'ère du soupçon généralisé de simulation du soldat. La « psychothérapie », si ce terme  
49 peut être appliqué à de tels procédés, consistait alors à des redressements disciplinaires et à la  
50 persuasion.  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 Il faudrait s'interroger sur les raisons de ce sadisme médical présent tant côté allemand que  
2 français. On pourrait faire l'hypothèse d'une réaction contre-transférentielle dans un passage à  
3 l'acte qui viendrait répéter le traumatisme de la victime en mobilisant des mécanismes  
4 d'emprise pervers, institutionnalisés et rationalisés dans le contexte socio-historique et  
5 idéologique d'alors. Ferenczi observait déjà en 1916 : « Il n'est pas impossible que l'on puisse  
6 expliquer certains résultats que des neurologues ont obtenus dans le traitement des névrosés de  
7 guerre avec des courants électriques douloureux, entre autres par le fait que ces douleurs  
8 satisfont la traumatophilie inconsciente des patients. » (6)

17 Ce sont les psychiatres du front qui vont permettre de véritables avancées théorico-cliniques,  
18 en constatant que la prise en charge précoce près du champ de bataille améliore nettement le  
19 pronostic. Cette véritable psychologie de guerre (par analogie avec la médecine de guerre)  
20 permettra à Capgras et Voivenel en 1917 de conceptualiser « l'état confusionnel ». Ils  
21 identifieront et décriront la dissociation mentale et ses symptômes : déréalisation,  
22 dépersonnalisation, désorientation, amnésie, suppression de l'émotivité et, reprenant le terme  
23 oppenheimien caractéristique, l'*effroi*.

30 En 1917 et 1918, Lépine et Léri élaborèrent un diagnostic différentiel précis entre commotion  
31 et contusion cérébrale d'une part et perturbation émotionnelle. A la suite de ces constatations,  
32 Léri et Voivenel préconisèrent officiellement le traitement sur place par le médecin de première  
33 ligne. (5)

40 Le système britannique quant à lui, consistait à rapatrier les soldats au Royaume-Uni pour les  
41 traiter à l'arrière. Les délais de retour laissaient hélas le temps aux défenses psychiques de se  
42 cristalliser, et les hôpitaux civils, non-formés à la clinique des névroses de guerre, face à des  
43 sujets dont les défenses s'étaient chronicisées, formulaient un pronostic bien pessimiste quant  
44 à l'évolution de l'état des soldats.

50 Aux Etats-Unis, qui n'avaient pas d'armée nationale avant 1917, et encore moins de services  
51 psychiatriques, ce fut l'inspecteur des services neuro-psychiatriques, Percival Bailey, qui fut en  
52 charge de la création d'une institution psychiatrique militaire. Il chargea son adjoint, le docteur  
53 Thomas Salmon de mener une étude en Europe afin d'instituer une prise en charge des  
54 traumatisés de guerre. Au regard des constats issus de la comparaison entre les systèmes de soin  
55 des belligérants décrits plus haut, les Américains développèrent les principes français en

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
amplifiant l'approche thérapeutique par de la thérapie de groupe, par le soutien psychologique  
personnel du neuropsychiatre de secteur, en conservant la culture militaire mais en y adjoignant  
un milieu thérapeutique. (5)

Pour Salmon, il n'existe pas de « psychoses de guerres ». Si il rejoint pour une grande partie  
sans les citer les constats d'Oppenheim, il postule certaines prédispositions à la déclaration  
d'une névrose de guerre. Il écrit : « Apparently in many military cases mental conflicts in the  
personal life of the soldier that are not directly connected with military situations influence the  
onset of the neuroses<sup>1</sup> » (7). Cette observation l'amène notamment à privilégier une approche  
prophylactique en portant une attention particulière aux modalités de recrutement des soldats,  
mais également aux modalités de management. Salmon écrit :

« Moreover, when the army knowingly accepts mentally defective recruits, it assumes a liability  
for their protection which it can hardly be expected to meet in all the exigencies of war. Much  
injustice is done in the army by punishing mental defectives for military offenses which would  
have been condoned had the real mental condition of the offenders been appreciated. There are  
sufficient grounds for excluding all mental defectives from the military forces except when the  
last available man-power must be utilized. When this is the case it will doubtless be found that  
their most effective service will be rendered at the base, under the supervision of non-  
commissioned officers who have been especially trained in their management<sup>2</sup>. » (7)

Cette véritable approche institutionnelle de la névrose de guerre que nous qualifierions  
aujourd'hui de prévention primaire et secondaire, se retrouve également dans la prise en charge  
thérapeutique, qui tient également compte des spécificités culturelles de l'armée, ainsi que de  
la nature des liens intersubjectifs et transsubjectifs (8) des soldats, favorables à leur guérison.

---

49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
<sup>1</sup> « Plusieurs études de cas liées au milieu militaire ont fait apparaître que des conflits mentaux concordant avec  
la vie personnelle du soldat, et qui ne se trouvaient pas directement générés par le contexte militaire,  
prédisposeraient le début de névroses ».

<sup>2</sup> « De plus, lorsque l'armée engage sciemment des recrues montrant des déficits mentaux, cela engendre une  
responsabilité vis-à-vis de leur protection, qui peut devenir une contrainte au vu des exigences requises par la  
guerre. Les punitions qui ont été infligées aux personnes montrant des signes de déficiences mentales et qui ont  
commis des crimes provoquent de nombreuses injustices dans l'armée, car celles-ci auraient pu être cautionnées  
si leur véritables conditions mentales avait été reconnues comme telles. Il existe des raisons suffisantes préconisant  
l'exclusion de tout déficient mental des forces militaires, hormis les cas où l'entièreté de la main d'œuvre  
disponible doit être exploitée. Dans ces cas-là, il ne fait aucun doute sur le fait que leur affectation serait à des  
postes rudimentaire et sous la supervision de sous-officiers qui auraient été spécifiquement préparés à cette  
fonction durant leur formation. »

1 Salmon, qui préconise un traitement qui s'effectue : « at the front, at the bases and at the centers  
2 established in home territory for their « reconstruction ». <sup>3</sup> » (7), proposera alors une doctrine  
3 qui se déclinera en plusieurs axes. Conformément à la sélection prônée lors du recrutement dans  
4 une approche prophylactique énoncée plus haut consistant à ne pas accepter des recrues  
5 « mentally unstable for military service at the front », il propose d'utiliser le camp  
6 d'entraînement comme terrain d'observation et d'examen. Salmon insiste également sur la  
7 nécessité d'institutions spécialisées, sur le terrain comme au pays, avec une formation  
8 spécifique des soignants qui devront travailler en équipe. Face à la complexité des symptômes  
9 il préconise une approche pluridisciplinaire : « The commissioned medical officers should all  
10 be men with excellent training in neurology and psychiatry. The neurologists should have a  
11 psychiatric outlook and the psychiatrists should be familiar with neurological technique. <sup>4</sup> »  
12 (7). Si elle est implicite, la dimension psychologique est extrêmement présente également : « in  
13 the analysis of the situation, as well as in the subsequent management of the patient, the medical  
14 officer's attitude is of much importance. He must be immune to surprise or chagrin. Although  
15 understanding sympathy is nearly as useful as misdirected sympathy is harmful, he must always  
16 remain in firm control. <sup>5</sup> » (7) Cette attitude n'est pas sans rappeler l'idéal de l'analyste que  
17 formulera W. Bion (9), qui doit être « sans mémoire ni désir », tandis que Salmon insiste  
18 également sur l'importance de la personnalité du soignant et de son tact.  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32

33  
34 Concernant la prise en charge, Salmon préconise de la faire le plus tôt possible et de ne pas  
35 médiquer outre mesure. Il rejette l'électrothérapie et les redressements moraux pour donner une  
36 place importante à l'hydrothérapie, à la natation, aux bains, ainsi qu'à une rééducation des  
37 fonction perdues selon le principe du « learning by doing », un véritable apprentissage par  
38 l'expérience.  
39  
40  
41  
42  
43  
44

45 La prise en charge est donc globale, elle s'effectue en amont dans une conception  
46 prophylactique du recrutement, précocement au front, à l'arrière par des équipes  
47 pluridisciplinaires spécialisées, mais également sur le long terme dans l'après-coup. En effet, il  
48  
49  
50  
51

---

52  
53 <sup>3</sup> « Sur le front, dans les bases et au centres situés sur le territoire national pour leur « reconstruction ».

54 <sup>4</sup> « Les sous-officiers médecins devraient tous être des hommes ayant reçu des formations de qualité en neurologie  
55 et psychiatrie. Les neurologues devraient être capables d'adopter une perspective psychiatrique tout autant que les  
56 psychiatres devraient être familiers avec les techniques liées à la neurologie. »

57 <sup>5</sup> « Dans l'analyse de la situation, tout autant que dans celle de la prise en charge du patient qui en résulte, la  
58 conduite de l'officier médecin est un critère conséquent. Il doit être immunisé contre la surprise ou le chagrin.  
59 Bien qu'être capable de montrer de l'empathie peut être utile, une empathie mal exercée peut être nuisible, il doit  
60 toujours se maintenir dans une maîtrise de soi solide. »  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2 préconise : « no soldiers suffering from functional nervous diseases be discharged from the  
3 army until at least a year's special treatment has been given<sup>6</sup> » (7). Il est remarquable d'observer  
4 que Salmon considère qu'il est de la responsabilité politique de l'armée et du gouvernement  
5 d'assurer le traitement des traumatisés, dans la mesure où en dehors des institutions  
6 spécialisées les traitements sont voués à l'échec, entraînant un coût financier et social  
7 considérable. Il s'agit là d'une véritable volonté politique de santé publique.  
8  
9

10  
11  
12 Dans un ouvrage qui permet de faire connaître Salmon en France, Danièle Davoine et Max  
13 Gaudillère (10) rapprochent l'étiologie des psychoses avec le traumatisme de guerre. Les  
14 auteurs font l'hypothèse que les premières ne sont pas étrangères aux événements historiques,  
15 pouvant actualiser des réactions, héritières transgénérationnelles de traumatismes de guerre. Ils  
16 observent que les principes de prises en charge de la psychose sont similaires à ceux de la  
17 névrose de guerre prônés par Salmon, et les résument selon quatre grands principes.  
18  
19  
20  
21  
22  
23

24  
25 Le premier d'entre eux est la proximité : le soignant vient activement au contact du patient et  
26 lui assure que l'expérience qu'il traverse ne témoigne pas d'un désordre intérieur, mais  
27 constitue la « réaction normale à une situation anormale » .  
28  
29  
30

31  
32 Le second principe de Salmon est l'immédiateté, qui consiste à répondre à l'urgence de la  
33 détresse, que Davoine et Gaudillère interprètent littéralement : il n'y a pas le temps car en effet,  
34 la temporalité s'est suspendue au moment de l'effraction. Le traitement consiste à pouvoir  
35 évoquer l'événement, à le mettre en récit dans ce qu'on nommera plus tard « defusing » ou  
36 « débriefing ». Les auteurs écrivent à ce sujet :  
37  
38  
39

40  
41 « Dans la proximité de la relation transférentielle, les trous de l'histoire de la catastrophe et les  
42 réactions émotionnelles sont peu à peu explorés, quelle que soit la détresse. Cela pour tenter  
43 d'empêcher le *retranchement* de l'impact traumatique, qui force vite son chemin hors de la  
44 conscience quand on attend trop longtemps , et commence son travail doublement silencieux. »  
45  
46  
47  
48  
49 (10).  
50

51  
52 Difficilement traduisible, la troisième principe de Salmon est « Expectancy » que les auteurs  
53 définissent ainsi : « *Expectancy*, c'est l'attente qu'un autre prenne le relais quand vous n'en  
54 pouvez plus, sur lequel vous compter comme sur vous-même et plus encore, pour vous nourrir  
55  
56  
57

58  
59 \_\_\_\_\_  
60 <sup>6</sup> « Aucun soldat souffrant d'une pathologie du fonctionnement nerveux ne peut être renvoyé sans qu'on lui ait  
61 conféré de traitement spécifique sur une durée d'au moins un an. »  
62  
63

1 et vous calmer. Manger, boire, dormir, les besoins vitaux sont les seuls qui semblent compter,  
2 mais ils ne seraient que du nourrissage mécanique sans le visage, la voix, le geste ou le regard.  
3  
4 » (10)  
5  
6

7 Enfin, le quatrième concept de Salmon identifié par Davoine et Gaudillère est le principe de  
8 simplicité, qui consiste pour le thérapeute à pouvoir faire état des trois principes précédant  
9 auprès du patient, en s'accordant affectivement avec lui, sans distance froide et sans jargonner.  
10  
11  
12

13  
14 Ainsi Salmon révolutionne la prise en charge des traumatisés de guerre, et ces principes sont  
15 aujourd'hui les piliers des prises en charge précoce des traumas, à l'armée comme au sein des  
16 Cellule d'Urgence Médico Psychologique (CUMP). Ce qui est davantage frappant est la  
17 méconnaissance de ces principes au sein des institutions de soins non spécialisées, et l'oubli de  
18 leurs développements institutionnels.  
19  
20  
21

22 Cette défaillance de la transmission de ces enseignements n'est pas anodine et a frappé les  
23 armées de tous pays : Ivan Fras observe que « Salmon published a comprehensive account of  
24 his experiences, but the valuable lessons learned in world war I were both by the U.S. military  
25 and those responsible for mental health policies generally almost as soon as the war ended, and  
26 had to be painfully and expensively relearned in World War II and in the post – world war II  
27 era, comparable success being achieved in military psychiatry only in the last conflict :  
28 Vietnam. In the process, the traces leading back to French military psychiatry have been  
29 covered by oblivion.<sup>7</sup> » (11).  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39

40 Salmon, qui avait témoigné auprès de sa femme des résistances institutionnelles rencontrées  
41 dans la mise en place de ses dispositifs, finira par quitter l'armée à la fin de la guerre, las des  
42 conflits avec la hiérarchie (12).  
43  
44  
45

#### 46 **Les expériences de Northfield, Bion et Foulkes et les approches groupales.**

47  
48  
49

50 Durant la seconde guerre mondiale, les belligérants ont en effet hélas oublié les enseignements  
51 cliniques de la grande guerre. Face aux importantes pertes psychiques, les services de santé des  
52  
53  
54  
55

---

56 <sup>7</sup> « Salmon aura publié une quantité exhaustive de ses expériences, mais les leçons apprises par l'armée américaine  
57 et par que ceux responsables des réglementations concernant la santé mentale durant la première guerre mondiale  
58 ont dû être douloureusement et onéreusement réassimilées lors la seconde guerre mondiale et l'après-guerre. Seule  
59 la guerre du Vietnam pourrait prétendre avoir atteint un succès comparable. Dans le processus, toute trace menant  
60 au champ psychiatrique de l'armée française sont tombées dans l'oubli. »  
61  
62  
63  
64  
65

1 armées redécouvrent les principes de Salmon et augmentent considérablement le nombre de  
2 psychiatres et de personnel de soin psychique entre 1942 et 1944, lesquels recueillent  
3 d'importantes données cliniques. Ce qui est remarquable est l'ensemble des effets de la  
4 postmodernité sur les psychés : l'évolution du métacadre modifie les manifestations  
5 symptomatiques. En effet comme le relèvent Guy Briole, François Lebigot et al. (13),  
6  
7

8  
9  
10 « sur le plan nosologique, beaucoup moins de manifestations hystériques que dans le conflit  
11 précédent furent observées, en revanche les désordres psychosomatiques prirent la première  
12 place (rappelant les tableaux des anciens « nostalgiques ») [...] sauf chez les soldats  
13 ressortissant d'autres cultures que la culture occidentale en sa phase industrielle ».  
14  
15  
16

17  
18  
19  
20 En revanche ces données, malgré leur richesse, contribuent peu au développement théorique du  
21 traumatisme.  
22

23 Nous pouvons toutefois observer des dispositifs de prise en charge originaux bien que  
24 sporadiques, qui résultent de la découverte de l'importance de la cohésion des petits groupes.  
25 L'hôpital britannique Hollymoor à Northfield et ses deux expérimentations de soin  
26 communautaire en est une illustration édifiante entre 1943 et 1946.  
27  
28  
29  
30

31  
32 L'établissement militaire médical, qui accueille les soldats britanniques pour une part  
33 traumatisés mais également non-combattants et « désadaptés » avec la vie à l'armée (certains  
34 patients étaient diagnostiqués a-sociaux, sociopathes etc.), était alors divisé en deux parties :  
35 une partie strictement hospitalière, et une aile de réhabilitation de soins de suite. Wilfrid Bion,  
36 qui n'était pas encore psychanalyste bien qu'il ait effectué une analyse avec Rickman, fut  
37 chargé par celui-ci, alors major, de prendre en charge l'aile de réhabilitation qui accompagne  
38 une centaine d'hommes, entre 1942 et 1943 .  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45

46  
47 Officier vétéran de la première guerre mondiale, psychiatre militaire, Bion avait développé une  
48 méthode en groupe pour permettre de sélectionner les cadres militaires, les « leaderless  
49 discussion groups » in the WOSBs (War Office Selection Boards). Face à une certaine  
50 désorganisation institutionnelle, il souhaite restructurer les modalités de fonctionnement, et  
51 s'inspire pour cela des groupes précédemment cités. Il rassemble alors les patients les moins  
52 atteints, et considère l'unité, depuis son *vertex* d'officier, comme une communauté, « a  
53 scallywag bataillon » selon ses propres termes, « our ward », selon ceux de Rickman,  
54 encourageant ainsi le sentiment d'appartenance des patients à l'institution (14). Il analyse avec  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 Rickman la « névrose » non pas d'un point de vue strictement psychopathologique qui  
2 considère l'individu isolément mais, inspiré des récentes théorisation de Kurt Lewin sur la  
3 dynamique de groupe, comme une perte de confiance et de sens d'appartenance, une fuite vers  
4 un refuge, qui nécessite une prise en charge active par un leader. Ils observent que la stricte  
5 prise en charge psychiatrique pathologise le cas et parfois le chronicise, que les traitements  
6 strictement rééducatifs ou punitifs sont inefficaces, et élaborent une méthode qui rompt avec la  
7 psychiatrie de guerre classique : « Bion and Rickman argued that only when the men considered  
8 themselves as valuable and effective partners in the entreprise would they begin to rally<sup>8</sup> » (14).  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15

16 En proposant une prise en charge institutionnelle et groupale, Bion et Rickman tentent de  
17 révéler dans une approche non directive les dynamiques de groupe en se focalisant sur l'ici et  
18 maintenant pour permettre aux soldats de se responsabiliser, en choisissant leurs activités (de  
19 préférence des activités militaires qui permettent d'entretenir une culture institutionnelle  
20 commune) et en observant les conséquences de leurs décisions. Toujours à travers son vertex  
21 militaire, Bion propose de fonder la cohésion du groupe sur un ennemi commun à abattre : la  
22 névrose.  
23  
24  
25  
26  
27  
28

29 Wilfrid Bion formule ainsi six principes de la prise en charge communautaire :  
30  
31

- 32 1) L'objectif est d'étudier ses propres tensions internes, en situation réelle, dans l'ici et  
33 maintenant, afin de révéler l'influence de la névrose sur la production de la frustration,  
34 du gaspillage d'énergie inutile et de la souffrance en groupe.  
35  
36  
37  
38  
39
- 40 2) La résolution d'un problème n'est pas effectuée tant que sa nature et son étendue ne  
41 sont pas devenues claires pour la plus grande partie du groupe (autrement dit tant que  
42 le groupe ne s'est pas forgé une représentation partagée de la tâche).  
43  
44  
45  
46
- 47 3) Cela nécessite que la technique thérapeutique elle-même ait été examinée et comprise  
48 par le groupe (l'élaboration de la souffrance et celle du moyen de guérison sont  
49 complémentaires).  
50  
51  
52  
53
- 54 4) Cette méthode n'a pas de limite spatio-temporelle : c'est un processus sans fin et sans  
55 limite. Elle ne se cantonne pas aux groupes mais se poursuit dans la vie institutionnelle.  
56  
57  
58

---

59 <sup>8</sup> « Bion et Rickman ont développé l'idée que l'union des hommes ne serait possible que lorsque ces derniers  
60 pourraient se considérer entre eux comme des compagnons méritants et compétents dans leur tâche. »  
61  
62  
63  
64  
65

- 1  
2 5) Il doit être fait le deuil d'une institution idéale purgée de tout conflit : l'objectif était  
3 d'envoyer les hommes avec au moins une certaine compréhension de la nature des  
4 tensions intra-groupes et, si possible, avec une idée de la manière de les harmoniser afin  
5 de les autonomiser.  
6  
7  
8  
9  
10 6) Afin que chacun puisse investir le groupe, la tâche, l'objet étudié par le groupe, devait  
11 être réel, concret. Bion à cet égard privilégiait les activités militaires.  
12  
13  
14  
15

16 Malgré des résultats prometteurs, l'institution ne permit pas de prolonger l'expérimentation qui  
17 s'interrompt au bout de six semaines, Bion et Rickman recevant l'injonction de quitter  
18 l'établissement. Tom Harrison considère que Bion et Rickman ont échoué à prendre en compte  
19 l'institution hospitalière dans son ensemble [10]. Hinshelwood abonde dans ce sens et fait  
20 l'hypothèse d'un clivage entre l'institution soignante et l'institution militaire (15).  
21  
22  
23  
24  
25

26  
27 Siegmund Heinrich Foulkes, psychanalyste formé à Vienne, pionnier de l'approche  
28 psychanalytique des groupes, influencé par la gestalt theory et l'école de Francfort, intègre  
29 l'armée depuis son activité civile et succède à Bion et Rickman à l'hôpital Northfield le 26 avril  
30 1943. *Il ignore tout de l'activité de ses prédécesseurs*. Contrairement à Bion dont la pratique  
31 (et la théorie) était imprégnée d'incorporats de la culture militaire, Foulkes veut être perçu  
32 comme médecin et non comme psychiatre des armées. Il réunit les deux ailes, hospitalière et de  
33 réhabilitation, et transforme l'ensemble en communauté thérapeutique, privilégiant  
34 l'appellation « therapeutic institution » plutôt qu'« hospital », en impliquant encore davantage  
35 les patients dans l'organisation de la vie quotidienne de l'établissement. (16) En 1945 il  
36 organise des groupes de discussion entre pairs pour les psychiatres et étend son influence dans  
37 l'équipe médicale. Cependant, si l'expérimentation n'est pas interrompue aussi précocement  
38 que celle de Bion car elle tolère davantage l'establishment de la structure bureaucratique, celle-  
39 ci finira par avoir raison d'elle. En effet, Tom Harrison relève que fragilisé par des divergences  
40 de points de vue entre les membres soignants, le conflit avec les instances administratives aura  
41 raison de l'expérimentation, qui prendra fin en 1946 avec la démobilisation. (14)  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55

56 Les deux expérimentations auront échoué à s'institutionnaliser. Comme l'écrit Harrison :  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 « Foulkes, Bion, Rickman, Main and Bridger showed how the enemy could be defeated, but  
2 failed to convince their superiors. The bridgeheads established by reorganising whole systems  
3 to tackle coherently the social effects of neurosis were always fragile. <sup>9</sup> » (14)  
4

5 Les auteurs poursuivront leur travaux sur les groupes en Grande-Bretagne : Bion développera  
6 au Tavistok Institute une approche groupale d'inspiration kleinienne, tandis que Foulkes  
7 fondera la Group Analytic Society.  
8  
9

### 10 11 12 **La pénétration agie de l'objet : L'évincement des dispositifs institutionnels et de leur** 13 **théorisation.** 14 15

16  
17  
18 Ces dispositifs historiques désormais rappelés, deux phénomènes retiennent notre attention.  
19 Tout d'abord, malgré l'efficacité de ces dispositifs novateurs, aucun d'eux ne parvient à se  
20 pérenniser ou à essaimer : l'institution militaire rejette systématiquement les dispositifs et les  
21 acteurs qui les soutiennent. Mais plus remarquable encore, sur le plan épistémologique et dans  
22 le champ scientifique, les conceptualisations groupales et institutionnelles du traumatisme sont  
23 abstraites : Salmon est tombé dans l'oubli, et on ne retient pas des travaux de Bion et de Foulkes  
24 la clinique du trauma qui sous-tendait leurs dispositifs et leurs théorisations. Comment  
25 comprendre ce double phénomène ?  
26  
27  
28  
29  
30  
31

32  
33  
34 Jean-Luc Donnet propose le concept de « pénétration agie de l'objet de travail » (3) pour  
35 expliquer l'existence d'une résonance de la clinique qui s'exerce certes dans la relation  
36 intersubjective en définissant le contre-transfert. L'auteur montre que cette résonance se  
37 répercute également sur le dispositif lui-même qui porte en négatif les traces de la clinique sur  
38 laquelle il s'est fondé. René Roussillon prolonge cette proposition en décrivant les effets de la  
39 « pénétration agie de l'objet » sur la théorie, laquelle porte également les marques  
40 symptomatiques de l'objet qu'elle conceptualise, ce qui appelle et nécessite alors pour lui une  
41 « clinique de la théorie ». L'élaboration de ce phénomène doit alors permettre la relance du  
42 processus de théorisation en analysant ses impensés.  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50

51 Quelle est la nature de la pénétration agie du traumatisme sur les approches institutionnelles du  
52 traumatisme ? Davoine et Gaudillère observent que « chaque conflit du XXe siècle a vu  
53 considérablement augmenter, au moment même des opérations [militaires], le nombre des  
54  
55  
56  
57

---

58 <sup>9</sup> « Foulkes, Bion, Rickman, Main et Bridger avaient mis en évidence la façon dont l'ennemi pouvait être vaincu,  
59 mais ont échoué à en persuader leurs supérieurs. Les bases établies pour réorganiser entièrement le système et  
60 aborder de façon cohérente les effets sociaux de la névrose ont toujours été fragiles. »  
61  
62  
63  
64  
65

1 psychiatres qui avait été réduit à peu de chose en temps de paix, le prochain conflit révélant  
2 toujours le même dénuement que le précédant. » (10).  
3  
4

5 Plutôt que du refoulement il me semble qu'il s'agit, en résonance avec le traumatisme, d'un  
6 certain clivage qui restaure une *communauté de déni* (17). Il me paraît signifiant que les  
7 institutions militaires qui ont vu naître ces dispositifs de soins communautaires les aient  
8 péniblement toléré durant les conflits, et aussitôt éliminés une fois la guerre terminée. La  
9 « grande muette » s'est vue contrainte devant les pertes psychiques de prendre en charge les  
10 soldats traumatisés, ce qui incarnait une véritable *démütisation du cadre* (18) dans la mesure  
11 où les trauma sont habituellement déniés dans des défenses phalliques et maniaques (culture  
12 virile, fantasme de toute puissance narcissique...). On comprend que l'institution évacua la  
13 pensée des traumatismes, véritable effraction et blessure narcissique, dès que le métacadre le  
14 permit (armistice et fin des conflits). Les dispositifs ad hoc et les théorisations, représentants  
15 du traumatisme qu'ils visaient à traiter, mais aussi et surtout de leur pensée, sont « bennés »  
16 pour maintenir les pactes dénégatifs (19) structurants les armées.  
17

18 Les théories sur le traumatisme réapparaissent alors jusqu'à aujourd'hui de façon décousue en  
19 répondant au principe de répétition, retour du clivé non symbolisé, peinant à réaliser ce que  
20 Roussillon nomme le « processus théorisant » qui doit permettre à chaque fait clinique nouveau  
21 son insertion dans l'intelligibilité d'ensemble de l'appareillage théorique. Or dans le cas des  
22 conceptualisations du traumatisme, notamment groupales, on remarque une fragmentation des  
23 théories qui émergent sans véritable historicisation.  
24  
25  
26

27 Cet achoppement du processus théorisant dans le cadre d traumatismes s'observe régulièrement  
28 hélas : les patients souffrant de traumatisme psychique passent d'un traitement médicamenteux  
29 à des séances d'EMDR ou d'hypnose, ou encore à quelques séances de traitement  
30 psychanalytique qu'ils interrompent, jouant dans la démultiplication des adresses et des  
31 ruptures une répétition témoignant du négatif du traumatisme qui ne parvient pas à s'adresser  
32 au collectif humain.  
33  
34  
35

36 L'émergence et la multiplication des approches théorico-cliniques originales, bien  
37 qu'heuristiques et bienvenues, ne procèdent selon nous pas tant d'un « progrès » des  
38 thérapeutiques, que de la redécouverte infinie du traumatisme psychique dans un retour du  
39 clivé, traité et étudié alors avec les outils théorico-cliniques contemporains de sa réactualisation.  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 Les approches institutionnelles et groupales de Salmon, de Bion et de Foulkes, qui prennent  
2 forme dans un cadre militaire, nous intéressent car elles répondent à la complexité du syndrome  
3 du psychotraumatisme par un travail d'équipe pluridisciplinaire. Ces dernières, plutôt que de  
4 morceler la prise en charge du patient au risque de rejouer l'exclusion hors de la communauté  
5 humaine induite par le traumatisme, proposent au contraire une approche humaniste, qui traite  
6 non des symptômes mais un sujet dans sa complexité bio-psycho-sociale et dans ses dimensions  
7 intra, inter et transsubjectives (8), en le réinsérant dans la trame symbolique culturelle, au sein  
8 de la communauté humaine.

9 Il y a à nos yeux un impératif scientifique et clinique à exhumer ces théories et ces dispositifs  
10 et à nous interroger sur l'énigme de leur effacement et sur les mécanismes institutionnels et  
11 historiques qui le sous-tendent. Les pratiques de Salmon, de Bion et de Foulkes ont  
12 systématiquement conduit à un conflit avec leur hiérarchie militaire, aboutissant à leur départ.  
13 Cette répétition signerait-elle un symptôme ? Celui du conflit entre le soin et le meurtre dont  
14 est porteur l'armée ? Celui du rejet de toute extériorité par cette dernière ? Il est vrai que les  
15 trois auteurs ne sont pas des médecins militaires et incarnent une certaine extériorité dont  
16 pourraient se défendre ces institutions très fermées. Mais cela n'éclaire pas les raisons de l'oubli  
17 par la communauté scientifique de leur développements institutionnels et groupaux sur le  
18 traumatisme.

19 A défaut de pouvoir expliquer les raisons de ces effacements, leur historicisation s'avère être  
20 une consolation, et incarne aussi l'espoir de réinstaurer de tels dispositifs, en conscientisant les  
21 résistances qui ne manqueraient pas à survenir, dans une dialectique infinie.

22 L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1. Barrois C. Les névroses traumatiques: le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques. Paris: Dunod; 2004.
2. Pinel J-P. Une brève histoire des cliniques institutionnelles. In: Le travail psychanalytique en institution : Manuel de cliniques institutionnelle. Dunod. Paris; 2020. (psychothérapies).
3. Donnet J-L. Le divan bien tempéré. Paris: P.U.F.; 2002.
4. Roussillon R. Pour une clinique de la théorie. Psychotherapies. 2007;Vol. 27(1):3-9.
5. Frasn I. Grande Guerre et Psychiatrie Genèse de la conception complète de l'état de stress aigu. Hist Sci Médicales. 2002;XXXVI(2).
6. Freud S, Ferenczi S, Abraham K. Deux types de névroses de guerre (hystérie). In: Sur les névroses de guerre. Payot. Paris; 2010. (Petite bibliothèque Payot).
7. Salmon TW. The care and treatment of mental diseases and war neuroses (« shell shock ») in the British army. War Work Committee of the National Committee for Mental Hygiene, Inc. New York City; 1917. (cdl; americana).
8. Kaës R. Un singulier pluriel: la psychanalyse à l'épreuve du groupe. Paris: Dunod; 2013.
9. Bion WR. Réflexion faite. Paris: Presses universitaires de France; 1983.
10. Davoine F, Gaudillière J-M. Histoire et trauma: la folie des guerres. 2014.
11. Frasn I. La psychiatrie militaire française pendant la première guerre mondiale - Le modèle de la psychiatrie militaire moderne et de la psychiatrie de communauté aux Etats-Unis. Assoc Natl Souvenir Bataille Verdun Bull Liaison. 1988;(15).
12. Cabanes B, Thomas W, Salmon, les traumatismes de guerre et la société américaine. In: Tison S, Guignard L, Guillemain H, éditeurs. Expériences de la folie [Internet]. Presses universitaires de Rennes; 2013 [cité 18 mars 2021]. p. 173-81. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/118695>
13. Briole G. Le traumatisme psychique: rencontre et devenir. Paris: Masson; 1994.
14. Harrison T. Bion, Rickman, Foulkes, and the Northfield experiments: advancing on a different front. London ; Philadelphia: J. Kingsley; 2000. 319 p. (Therapeutic communities).
15. Fredenrich A, L'Oiseau-Tissot SA, Gueddari NSE, Bron P, Barbe R. Sur les traces de Foulkes, « chef d'orchestre » des groupes en institution. Rev Psychother Psychanal Groupe. 1 juill 2009;n° 52(1):83-98.
16. Foulkes SH. La groupe-analyse: psychothérapie et analyse de groupe. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 2004.
17. Fain M. Le désir de l'interprète. Paris: Aubier Montaigne; 1982. 157 p. (La Psychanalyse prise au mot).
18. Bleger J. Psychanalyse du cadre psychanalytique. In: Crise, Rupture et dépassement. Dunod. Paris; 1979. p. 257-75.
19. Kaës R. Les alliances inconscientes. 2014.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

## **Les pionniers de l'approche institutionnelle et groupale des traumatismes : quels destins pour quelle actualité ?**

### **The pioneers of the institutional and group approach of trauma: what fortune for what actuality ?**

#### **Résumé**

Dans le contexte terrible des deux guerres mondiales, T.W. Salmon, W. Bion et H.S. Foulkes proposèrent chacun des dispositifs institutionnels et groupaux originaux au sein des armées pour prendre en charge les soldats traumatisés. Leur clinique féconde sera pourtant évincée à l'issue des combats, et la postérité ne retiendra que peu de choses de leurs développements théorico-clinique à ce sujet. Il s'agira dans ce texte de proposer une exhumation des dispositifs et des théories issus de l'expérience de ces pionniers, avant de nous interroger sur les mécanismes qui ont pu conduire au rejet par les institutions militaire de ces psychiatres et de leurs dispositifs. Enfin nous nous interrogerons sur l'oubli des apports théoriques par leurs pairs et leur héritiers. Nous verrons que si le concept de « pénétration agie de l'objet » et un examen de la culture institutionnelle militaire permettent d'éclairer les raisons de l'évincement des auteurs et de leur œuvre hors de l'armée, l'achoppement de la transmission de leurs théories chez les spécialistes demeure en revanche énigmatique.

#### **Abstract**

In the terrible context of the two world wars, T.W. Salmon, W. Bion and H.S. Foulkes each offer original institutional devices and working groups within the armies, in order to take care of traumatized soldiers. Their fertile clinic experiments will however be terminated at the end of combats and very little of their theoretical-clinical developments will be remembered. This essay will develop their systems and theories resulting from the experiences of these pioneers, before questioning the mechanisms that may have led to the rejection by the military institutions of these psychiatrists and their devices. Finally, we will wonder about the theoretical contribution oblivion by peers and heirs. We will prove that if the concept of "object active's penetration" and a review of the military institutional culture enlighten the reasons of the eviction of the authors and their work from the army, the transmission's failure of their theories among specialists remains enigmatic.

#### **Mots-Clefs**

**Traumatisme psychique – trauma – soin communautaire – soin institutionnel -  
psychanalyse de groupe – névrose de guerre - pénétration agie de l'objet**

#### **Keywords**

**Psychic traumatism – trauma - Community Care – Institutionnal care – group analysis  
– war neurosis – object active's penetration**