Valorisation des pratiques

Le soin et l'hommage

Réflexions sur l'accompagnement de blessés psychiques aux journées « Avec Nos Blessés »

A. DELUBRIAC BESNARD[(1)], V. LENOIR[(2)], É. PY LEROY[(3),] G. THOMAS[(4)]

(1,3,4) Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué, Service de Psychiatrie, Villenave d'Ornon
(2) Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué, Service de médecine Physique et de Réadaptation, Villenave d'Ornon

Auteur correspondant : angelique.delubriac@intradef.gouv.fr

Open access DOI
10.17184/eac.7905

Reçu
le 10 mars 2023

Accepté
le 10 juillet 2023

Publié
le 5 septembre 2023

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

Résumé :
Pour la journée Nationale des Blessés 2022, la cellule déconcentrée d'aide aux blessés de l'armée de Terre de la Nouvelle Aquitaine a organisé la réalisation d'une fresque commémorative sur un bunker de la Seconde Guerre mondiale.
Cet ouvrage devait exposer des témoignages de blessés physiques et psychiques à différentes étapes de leur parcours de soins avec l'aide d'un graffeur professionnel.
L'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué a été sollicité pour accompagner ce projet dont le point d'orgue a été l'inauguration de cette fresque le 17 juin 2022. L'implication des services de soins dans un tel projet a été questionnée en équipe pluridisciplinaire. L'objectif de cet article est de rendre compte de cet accompagnement en coopération avec l'équipe soignante et la cellule d'aide aux blessés. Au-delà de la gestion des manifestations émotionnelles liées à la réalisation de la fresque, cette production a nécessité un travail de lien avec les différents acteurs civils et institutionnels qui ont participé à la réalisation concrète du projet tout en conservant en permanence une position soignante. Ainsi, nous discuterons de la difficulté, mais aussi de l'intérêt d'accompagner un projet hors des murs de l'hôpital.

Mots-clés : Commémoration. Blessés militaires. Reconnaissance. Stress post-traumatique. Ergothérapie. Médecine d'armée.

Abstract:
MEDICAL CARE AND ACT OF REMEMBRANCE - FEEDBACK ON MEDICAL ACCOMPANIMENT OF PSYCHICALLY INJURED CASUALTIES DURING THE STANDING-TOGETHER-WITH-OUR-WOUNDED SPECIAL EVENT
During the National Day for War Wounded 2022, the Army Wounded Aid cell of New Aquitaine organized the creation of a commemorative fresco on a bunker from the Second World War. This work was to expose testimonies of physically and psychologically injured soldiers at different stages of their care journeys with the help of a professional graffiti artist.
The Robert Picqué Army Training Hospital was asked to support this project, the culmination of which was the inauguration of the fresco on June 17, 2022. The involvement of the care services in such a project was analysed in a multidisciplinary team. The objective of this article is to report on this joint support between the medical team and the support unit for the wounded. In addition to managing the emotional manifestations that the project triggered, it was necessary to work as a link with the various civil and institutional actors who participated in the concrete realization of the project, while maintaining a caregiver position at all times. Thus, we will testify to the difficulty but also the interest of supporting a project outside the walls of the hospital.

Keywords: Remembrance. Military wounded. Gratefulness. Post-traumatic stress. Occupational therapy.
Military medicine.

Introduction

Depuis quelques années, le ministère des Armées a réalisé un important travail de reconnaissance des militaires blessés en service. Les différents plans du Service de santé des armées (SSA) réactualisés visent à « garantir à tout militaire ou ancien militaire, victime de troubles psychiques post-traumatiques du fait du service, le soutien et la reconnaissance qu'il est légitimement en droit d'attendre de l'Institution et de la Nation » (1,2,3,4). En collaboration avec les structures de soins, de nombreux dispositifs institutionnels et associatifs participent au parcours de reconnaissance-réparation-réhabilitation des blessés psychiques (5).

L'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Robert Picqué et la Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre (CABAT) de la Nouvelle Aquitaine ont un lien privilégié. En effet, depuis 2016, la cellule déconcentrée de la CABAT expérimente à l'HIA l'ouverture d'une permanence hebdomadaire dans le service de psychiatrie et de Médecine physique et de réadaptation (MPR) afin d'accueillir, orienter, renseigner sur leurs

droits et le parcours de soins, les blessés psychiques quelle que soit leur arme.
Les patients hospitalisés bénéficient ainsi d'un interlocuteur de proximité dans le parcours militaire d'après blessure.
Depuis 2017, sous l'impulsion du chef d'état-major de l'armée de Terre une Journée nationale dédiée aux blessés de l'armée de Terre (JNABAT) est organisée (6).
Elle s'adresse aussi aux familles, aux proches et à ceux qui œuvrent à l'amélioration de leur quotidien. Les premières manifestations étaient concentrées autour du 24 juin, date symbolique de la Bataille de Solférino et se déroulaient dans les différentes instances militaires selon les éditions. En 2022, elle devient interarmées et change de nom avec l'appellation « Avec Nos Blessés » (ANB) ayant pour thème « la solidarité avec les blessés des Armées ». Pour la première édition de la JNBAT, le Centre de traitement et de réhabilitation des blessés (CTRB) a été sollicité pour s'associer aux manifestations organisées par la cellule déconcentrée sur le site de l'hôpital.
En février 2022, la CABAT propose une nouvelle collaboration : graffer un bunker de la Seconde Guerre mondiale situé sur le bassin d'Arcachon. Le projet consiste à organiser une action de communication dans l'objectif de faire connaître la cause des blessés au plus grand nombre. L'idée est de faire participer des militaires blessés physiques et psychiques de toutes armes et à différentes étapes de leur parcours de reconstruction : patients bénéficiant de consultations ou d'hospitalisations régulières à l'HIA, membres de la maison Athos (7), anciens combattants accompagnés par l'Office national des anciens combattants (ONAC).

Dans cet article, nous présenterons les différents questionnements éthiques que ce projet a soulevés avant que l'équipe soignante ne s'y investisse et les réflexions cliniques interrogées pendant et après l'implication dans ce projet. Nous commencerons par décrire les étapes nécessaires pour ce projet hors les murs de l'hôpital, de sa validation par les différentes instances jusqu'à l'inauguration en présence des autorités. Puis, nous rapporterons le retour d'expérience des patients. Nous terminerons par une réflexion sur les intérêts et les limites de l'accompagnement par les services de soins de blessés physiques et psychiques aux journées « ANB » et, plus généralement, aux activités de commémorations.

1 Réflexion sur la reconnaissance dans le parcours des militaires blessés physiques et psychiques

La prise en charge des patients présentant un trouble de Stress post-traumatique (SPT) en lien avec des événements survenus durant le service implique la collaboration des structures de soins avec de nombreux dispositifs institutionnels et associatifs qui participent au parcours médico-social. En effet, il a été constaté que les différentes étapes de la reconnaissance et la réparation du préjudice sont une part importante du parcours de soins des blessés (8).
La reconnaissance du trauma participe à la reconnaissance du discours et du vécu du patient dans le réel et pose également la question de la responsabilité de la blessure qu'elle soit physique ou psychique. Ainsi, la réparation, c'est-à-dire la contrepartie proposée face à la blessure par le biais d'une compensation financière ou symbolique « renvoie à la notion de rétablissement, de retour à la normale » avec toutes les réserves que cela implique en termes de santé mentale. Pour Dubreu et Vedrine, « la rencontre expertale peut en effet être bénéfique à plusieurs titres. Elle peut permettre

à la victime de se sentir comprise, entendue, dans sa souffrance psychique, pouvant alors l'amener à reprendre espoir et à ne plus rester centrée sur le trauma et sa reconnaissance » (8). La réhabilitation participe également au retour à la normale par l'accompagnement dans la recherche d'un rôle social au-delà du statut de militaire lorsque celui-ci n'est plus compatible avec l'état de santé du soldat blessé.

Les journées « ANB » sont une des réponses institutionnelles proposées aux militaires blessés. Ces derniers peuvent être sollicités par leur régiment. Ils sont très sensibles à ces invitations même lorsqu'ils les refusent. C'est pourquoi, ne pas les convier serait leur infliger une blessure de plus, moins apparente mais tout aussi douloureuse (9). Elrick Irastorza souligne la complémentarité entre le commandement et le Service de santé des armées (SSA) dans la mesure où chaque entité respecte son cœur de métier.

Les représentants de la CABAT ont donc souhaité travailler en collaboration avec les différents interlocuteurs accompagnant les blessés : l'HIA où les patients sont suivis en consultation et en hospitalisation séquentielle (10) ; la maison Athos qui accompagne ses membres vers la réhabilitation sociale et l'ONAC pour les anciens militaires. Ils ont fait appel aux ergothérapeutes de l'HIA car ils avaient connaissance de l'utilisation de la médiation artistique à visée thérapeutique auprès des militaires blessés. En effet, les ergothérapeutes sont présents dans tous les HIA, dans les services de psychiatrie et de MPR. L'intérêt thérapeutique des activités manuelles et artisanales a une place reconnue en médecine militaire depuis la Première Guerre mondiale (8). Initialement, sur le terrain, dans le but d'un retour rapide au combat (12), les « *Reconstructions Aides* » (premières ergothérapeutes américaines venues en France) sont présentes dans les hôpitaux pour accompagner les soldats blessés dans la reconstruction physique et psychique (13). Pour Helou Chesnot, « il s'agit d'une thérapie spécifique pour une pathologie spécifique. Dans la prise en charge du PTSD, la présence du thérapeute et son implication sont essentielles dans le processus de guérison » (14).

Pour autant, la proposition d'intervention des services de l'HIA a soulevé de nombreuses questions : le rôle de chacun, la place du soin dans la médiatisation, le respect du secret médical, le besoin du patient. Nous avons réfléchi en équipe pluridisciplinaire aux rôles pouvant être assumés par le personnel du service de psychiatrie afin de viser un consensus entre les objectifs et les intérêts de chacune des parties prenantes. D'abord concernant la CABAT, cela avait trait à l'importance du rayonnement et de la communication, ensuite pour les patients le besoin de reconnaissance était manifeste mais également requérait un étayage soignant variable selon le moment de leur prise en charge ; et enfin pour le service hospitalier, il s'agissait de garantir le devoir de réserve, la cohérence du projet avec les objectifs thérapeutiques ainsi que la nécessité du maintien d'un cadre de soins. La notion de cadre de soins est à envisager à l'aune des écoles psychothérapeutiques. D'un point de vue analytique, le cadre est très lié au lieu, au temps et à la personne identifiée comme soignante. D'un point de vue systémique, le cadre de soins s'étend au système abordé, qu'il soit la famille ou le groupe de travail. Enfin, d'un point de vue ergothérapeutique, la prise en charge des patients ne peut s'envisager sans la prise en compte de son environnement dont l'accompagnement hors les murs de l'hôpital va de soi. Sur le plan éthique, la question de la légitimité des soignants hors du cadre hospitalier s'est posée. En d'autres termes, comment maintenir le soin hors les murs de l'hôpital et comment intégrer le soin dans le projet global régit par la CABAT ?

La crainte de l'équipe était que la cause visant à promouvoir la reconnaissance des blessés pouvait induire par imprudence de nouveaux tourments ou exposer la souffrance de ces personnes déjà vulnérables à une extimité subie, obligée ou imposée (15). La question de la place des soignants dans ce projet a été constante et ambitionnée comme ne pouvant pas être mise en avant. Nous avons donc décidé en équipe pluriprofessionnelle, dans un premier temps, de limiter nos interventions à l'identification des patients pouvant participer aux différentes étapes du projet et à l'accompagnement de l'élaboration de la fresque lors d'ateliers dédiés à l'hôpital avec les patients hospitalisés en collaboration avec le graffeur. En effet, le projet a été proposé dès le départ en deux étapes adaptées aux limites/symptômes/capacités des patients : privilégiant, pour les patients hospitalisés ou plus sensibles au stress extérieur, le travail d'élaboration dans le service et aux blessés stabilisés la création hors les murs de l'HIA. Cette participation était validée par les psychiatres référents.

2 Les étapes du projet

2.1 Accompagnement dans les murs de l'hôpital

Pour préparer les séances consacrées à la création de la fresque, la psychiatre référente et les ergothérapeutes ont rencontré le graffeur choisi par la CABAT. Ce dernier avait déjà travaillé avec un public de jeunes en difficultés sociales mais jamais avec un public adulte. Sensible à la cause des blessés, il avait déjà travaillé avec un militaire blessé sur un autre projet de commémoration. Le rôle du graffeur était alors d'accompagner les blessés sur la faisabilité de leurs dessins, d'expliquer la culture du graff comme le respect des œuvres des collègues et également le risque que la fresque soit recouverte, même si des précautions étaient prises en amont pour l'éviter.

Les réunions avec la CABAT ont permis de connaître le cahier des charges imposé par le commandement et l'Office national des eaux et forêts en termes de couleurs et de messages à transmettre ou non. En effet, au vu de l'emplacement du site, sur un lieu touristique, il n'était pas envisageable que les images exposées soient négatives, violentes, voire vindicatives. Il importait donc, lors du travail de symbolisation et d'élaboration des dessins, d'adapter, voire d'atténuer la teneur de certains croquis. Durant ces séances, il a été parfois difficile de concilier les besoins médiatiques et ceux des patients. La fonction des thérapeutes était alors de mettre des mots sur les frustrations, accompagner le travail de sublimation des émotions et de symbolisation des souvenirs et de faciliter la communication entre les parties dont les attentes pouvaient être contradictoires.

Nous avons effectué quatre séances de deux heures en salle d'ergothérapie. Cinq patients volontaires ont participé activement à la création de la fresque (idées, symboles, messages à passer). Deux patients davantage à l'aise avec le dessin retranscrivaient schématiquement les idées des trois autres. Entre les séances, nous communiquions par mail avec les blessés mais aussi avec la CABAT afin d'adapter les attentes de chacun au fil de la création. Nos rôles d'ergothérapeute et d'art-thérapeute étaient d'aider les patients à formuler les messages qu'ils souhaitaient faire passer et à les formaliser en symboles. Nous accueillions aussi la décharge émotionnelle liée à ce travail de sublimation mais aussi la frustration due au cahier des charges avec notamment le fait qu'il ne fallait pas de symboles militaires apparents.

Finalement, Les patients ont choisi de représenter le syndrome de stress post-traumatique et ses répercussions sous forme de fresque universelle comprise par tous les blessés qu'ils soient civils ou militaires : comme « une histoire par des blessés avec des blessés pour des blessés » (figure 1).



Fig. 1 : Présentation de la fresque aux instances de commandement avec les planches d'inspiration et les dessins des patients

Les symboles pour représenter la symptomatologie du ESPT étaient le cerveau avec les rouages cassés signifiant la blessure ; la foudre imageant l'imprévisibilité de la blessure et l'attrape-rêves évoquant les cauchemars, les reviviscences, les flash-back (figure 2). Les répercussions familiales ont été illustrées par la mère tenant son enfant. Une carte du monde a été apposée en fond pour mettre en avant la diversité des lieux d'origine de chaque militaire, mais aussi les lieux possibles de théâtre d'opération. Enfin, l'espoir d'une amélioration clinique est souligné par le phare qui donne le cap dans la tempête (figure 3) et le jeune garçon semant des graines de bleuets (symbole de mémoire et de solidarité envers les anciens combattants et les victimes de guerre) (figure 4).

En guise de signature, les participants ont élaboré un logo reprenant les différents symboles des différentes armes de l'armée française, tracés d'un seul trait afin de représenter la fraternité qui les unie (figure 5).



FIG. 2 : Face Nord du bunker avec les symboles choisis pour représenter la symptomatologie du SPT



FIG. 3 : Face Ouest, les répercussions sur le plan familial et la carte du monde



Fig. 4 : Face visible du bunker en arrivant de la plage du Petit Nice (33) exprimant l'espoir

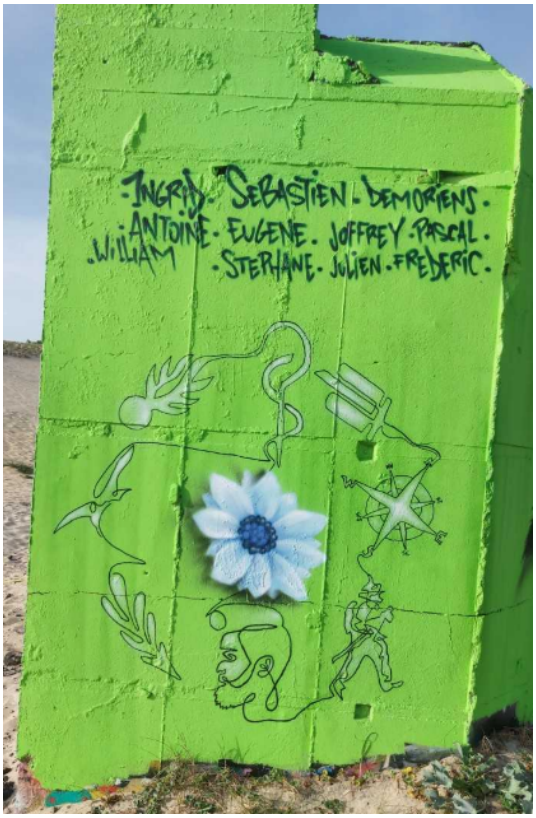


Fig. 5 : Le Logo créé par les patients

Mon Général, mesdames, messieurs

L'état de stress post-traumatique (ESPT) se développe après une exposition prolongée à une ou des situations traumatiques, accident, attentat, fait de guerre, violences ...
Le syndrome post-traumatique ne met pas seulement à mal l'homme que nous sommes mais aussi notre famille.
Cette symbolique qui est cette fresque permet de faire connaître cette maladie, d'extérioriser notre mal être; ce n'est pas simple d'être dans le soin.
Il est important qu'il y ait des moments comme aujourd'hui afin de mettre un mot ou une image sur la blessure du SPT.
Cette fresque peut s'approprier à toute personne ayant subie une blessure qu'elle soit civile ou militaire.

Cette représentation sous forme de fresque du syndrome post-traumatique a été imaginée comme une histoire par des blessés avec des blessés pour des blessés.
Notre blessure, représentée par cette fresque, raconte une histoire où chaque élément, symbole peuvent être pris indépendamment des uns, des autres...

La blessure (psychique et/ou physique) est symbolisée par le cerveau dont les rouages ont été cassés. L'imprévisibilité, l'insécurité et la souffrance de cette dernière sont représentées par la foudre.
Le ciel orageux allant vers les éclaircies permet de visualiser l'évolution dans le processus du soin et de l'espoir de guérir de cette maladie.
Une main soutenant le cerveau, exprime le soutien durant le soin comme la famille, l'institution, le service de santé et autres.

L'attrape rêves (grand symbole amérindien) symbolise les reviviscences, les cauchemars et les flashbacks, symptômes très présents de nuit comme de jours.
Ce dessin peut aussi représenter les différentes stratégies et le travail psychothérapeutique pour lutter contre certains symptômes.
Chaque plume a une signification bien particulière, par exemple la plume blanche représente la protection, l'espoir afin d'indiquer le message "tu n'es pas seul".

L'arbre de vie avec ces racines symbolise l'héritage des HOMMES:
Il donne naissance à un homme ou une femme.
Mains tendues sous un bleuet, nous rappelle que nous sommes tous issus du même passé.
Le tronc en double spirale rappelle notre ADN.
Il se termine sur plusieurs branches afin de montrer que nous grandissons tous dans différentes directions mais que nos racines ne font qu'une.
Le feuillage verdoyant marque l'espoir de l'avenir.

Le phare symbolise le moyen de garder le cap, d'avoir un point de repère dans le soin
Il représente aussi la lumière de la lampe tempête: essayer de voir la lumière même si c'est difficile dans la tempête et le soin. Ici la tempête est symbole des tourments liés à la blessure.

La carte du monde représente la diversité des lieux d'origine de chaque militaire (DOM -TOM, la France ou pays étranger...) mais aussi les lieux de théâtre d'opérations où peuvent se rendre chaque militaire.

La mère tenant son enfant symbolise la famille qui est souvent impactée par les conséquences de la blessure.

La représentation du petit garçon de dos qui lance des graines de bleuet montre l'espoir, l'avenir, la transmission de l'histoire et des valeurs par la pousse plus tard de ces bleuets.

Un logo a été créé pour représenter l'ensemble des armes d'où sont issus les blessés.
Il a été réalisé d'un seul trait afin de représenter la fraternité.

Dans cette fresque, vous retrouverez certains fils rouges principaux:

- Les chaînes cassées qui symbolise la guérison.
- L'envol de l'oiseau qui symbolise la délivrance.
- Le bleuet symbole de mémoire et de solidarité envers les anciens combattants et les victimes de guerre, les blessés que nous sommes.
- Les écritures "A NOS BLESSES", "ANB" rappelant le contexte de la réalisation de la fresque.

Voilà mon général, j'en ai fini pour l'explication de cette fresque.

Fig. 6 : Discours de présentation de la fresque lu par deux patients lors de l'inauguration

Fin avril, les patients, le graffeur et les thérapeutes ont présenté à la chefferie de l'HIA, aux médecins-chefs des services de psychiatrie et de MPR et aux représentants de la CABAT, l'esquisse de la fresque créée avec les messages qu'ils souhaitaient faire passer (figure 1). Ce fut un moment riche en émotions. Il y a eu de la frustration et

de la colère car certains symboles devaient être retravaillés ou retirés. Une patiente a exprimé le sentiment d'être « muselée », mais il y a eu aussi l'expression d'une certaine fierté devant le travail accompli en peu de temps et la reconnaissance de celui-ci par les instances du commandement.

À la suite de cette présentation et au fil du temps, nous nous sommes aperçus que les patients tenaient à ce que l'équipe médicale et paramédicale qui les avait accompagnés depuis plusieurs années soit présente à leur côté dans toutes les étapes du projet. Il s'agissait d'une marque de reconnaissance de leur part. Cette position d'accompagnement avait aussi une fonction phorique de pare-excitation et d'étayage (16). Aussi, nous avons eu l'autorisation d'accompagner les patients sur site pour graffer. Certains avaient formulé cette demande régulièrement à leur psychiatre. « Il faut que les soignants soient présents, car je ne peux pas faire les choses seul. Nous avons besoin de ce soutien. Je n'aurais pas fait ce projet sans eux. »

Ils présentaient une anxiété anticipatoire en lien avec leurs symptômes (hypervigilance, ochlophobie, besoin de repères). Pour certains patients du groupe de travail, cette idée engendrait tellement d'anxiété qu'ils ont préféré ne pas s'y rendre. Pour cette nouvelle étape, de nouveaux patients découvrant le projet lors de leur hospitalisation ont souhaité participer au projet soit à l'HIA avec la création de pochoirs, soit lors de sorties thérapeutiques sur site.

2.2 Accompagnement hors les murs de l'hôpital

Nous avons convenu avec le graffeur que les blessés viendraient travailler sur le bunker quatre après-midis et que ce dernier se chargerait des finitions. Nos expériences précédentes de sorties thérapeutiques nous ont permis d'anticiper les besoins spécifiques des patients dans un but également de psychoéducation : verbalisation des angoisses, adaptation des activités physiques aux conditions environnementales (crème solaire, casquette, hydratation, etc.), utilisation des traitements anxiolytiques et autres techniques d'apaisement des angoisses.

Pour sa part, l'équipe de la CABAT s'occupait essentiellement de la partie logistique (transport des patients et du matériel), administrative et juridique (les différentes autorisations administratives, le lien avec les institutions impliquées). Devant la portée politique du projet, chacune des étapes était validée par les différentes chaînes de commandement.

Pour le jour de l'inauguration, l'équipe de la CABAT a proposé que la fresque soit présentée au commandement par un patient volontaire. Un discours explicatif a été élaboré en lien avec l'ergothérapeute. Son rôle était d'aider le blessé à mettre des mots sur ses ressentis, à synthétiser les messages véhiculés dans les différents dessins de la fresque par l'ensemble des participants et d'aider les blessés orateurs à se préparer à intervenir devant leur famille et les autorités. Pour un des patients concernés, cette mise en avant était aussi un marqueur d'acceptation de l'identité d'être « blessé psychique » devant ses pairs, mais également ses enfants présents ce jour-là.

Le 17 juin, les soignants ont pu accompagner les patients volontaires à l'inauguration de la fresque. Nous nous sommes séparés afin d'adapter notre soutien en fonction des demandes individuelles des patients : certains ont participé à la marche de 10 km

organisée le jour même ; d'autres ont souhaité attendre sur le site du cocktail et d'autres ont souhaité aller se recueillir au calme, à côté du bunker, en attendant l'arrivée des marcheurs soit une centaine de personnes. Notre présence a permis à chaque blessé de profiter au mieux du moment, la charge émotionnelle étant à son maximum.

2.3 Débriefing avec les patients trois semaines après l'inauguration

Après cette période intense, nous avons pris le temps de débriefer l'ensemble du projet avec tous les patients ayant participé. Malgré les montagnes russes émotionnelles, le travail psychothérapeutique en accéléré et la confrontation à la réalité avec les sorties, la majorité sont satisfaits du résultat graphique et heureux d'avoir retrouvé une forme de cohésion et d'entraide entre pairs ; fiers d'avoir pu mettre en lumière la symptomatologie de l'ESPT et ses répercussions dans la vie quotidienne ; et touchés par tous les messages bienveillants reçus lors de l'inauguration. Certains rapportent être revenus plus tard sur le site avec leur famille et amis pour présenter leur œuvre. Ce moment de partage a marqué une nouvelle étape dans la reconnaissance de la pathologie. Elle a pu permettre aux enfants d'un patient de « mettre une image sur cette maladie et ils se sont rendus compte que notre famille n'était pas seule dans ce cas. Mon fils de 11 ans m'a dit : "Papa, tu vois, tu n'es pas seul, je suis content de voir que tu n'es pas fou et qu'il y a d'autres enfants et parents qui sont mal". »

Ils ont répété à plusieurs reprises les intérêts multiples d'avoir été accompagnés par l'équipe soignante tout au long du projet. Tous témoignent des difficultés pratiques auxquelles ils ont été confrontés sur le terrain. Ils soulignent l'importance de la présence des soignants pour apaiser leurs angoisses, les accompagner dans la sublimation de leurs émotions et les aider à communiquer avec les différentes instances. Ils sont unanimes sur le sentiment de fierté d'avoir représenté l'ensemble des blessés malgré les difficultés rencontrées : « on le faisait pour tous ceux qui ne pouvaient pas y aller », « [...] poussés au-delà des limites imaginées ».

Ce temps de retour d'expérience permet aux participants d'échanger sur leurs ressentis de manière positive et de témoigner les uns pour les autres de leur gratification et remerciements mutuels. Ils décrivent tous leur épuisement et leur fierté d'avoir mené le projet jusqu'au bout malgré les contraintes parfois frustrantes tant symboliques que pratiques.

L'inauguration a été pour eux à la fois le point le plus difficile en termes d'exposition et l'indispensable but de ce projet dans le sens de la reconnaissance. C'est un moment que certains ont savouré seul ou en famille et dans lequel ils se sont sentis finalement en confiance car chacun y a trouvé ses propres ressources face au stress. Un patient illustre ce moment et la stratégie qu'il a adopté pour contrer l'angoisse d'exposition en ces termes : « Lors de la cérémonie, je me suis mis un peu en retrait, avec les blessés et les soignants, ce qui était "sécure" pour moi. Je ne peux pas encore me mélanger à la foule ».

3 Résultats

L'élaboration de la fresque a participé au travail de sublimation de la blessure psychique et de ses répercussions, initié dans le suivi en ergothérapie et en art-thérapie. Certains symboles ont permis d'aborder des sujets peu ou pas évoqués en psychothérapie. Cela a ouvert de nouvelles pistes psychothérapeutiques qui ont été reprises ultérieurement en séance. Le travail de symbolisation en groupe s'articule un peu comme le débriefing. À partir de l'expérience d'une réalité commune de confrontation à la réalité de la mort (même si chaque évènement traumatique est propre à chacun), il s'agit pour chaque personne de réinvestir sa propre histoire ; la circulation de la parole permettant à chacun de trouver sa résonnance singulière (17).
Un patient expliquait que les « idées n'ont pas été difficiles à mettre en commun car nous avions tous un dessin différent qui représente un moment du SPT, un peu comme des maillons d'une chaîne qui se suivent ».

La blessure psychique est à l'origine d'un sentiment d'exclusion et d'isolement (18). Les ateliers en groupe permettent, entre autres, d'aider les patients à renouer des liens avec un groupe de pairs autour d'une problématique commune comme l'illustre un des participants : « Les séances m'ont permis de voir que nous voyons, ressentons le SPT de la même manière,… même si nous ne sommes pas de la même armée, même si notre situation familiale n'est pas la même…. Cela m'a permis de voir de plus près que je ne suis pas seul ». La création de la fresque a favorisé un travail d'élaboration collective autour de la représentation de la blessure psychique et ses répercussions dans le quotidien. Les patients ont pu s'adapter et trouver des réponses collégiales aux différentes contraintes imposées malgré leur anxiété anticipatoire.
Ce projet a permis un travail sur la confiance en soi et dans les autres grâce à la complémentarité des aptitudes et compétences de chacun. Un des orateurs dit avoir été rassuré par l'adaptabilité du dispositif ; par exemple savoir qu'il pourrait ne pas lire le texte devant les autorités car d'autres solutions avaient été envisagées : « Je n'avais pas la pression, car j'avais la possibilité de ne pas lire le discours ».

Deux aspects du projet ont favorisé l'émergence d'un sentiment de reconnaissance de la blessure psychique qui fait partie intégrante du parcours du blessé. Tout d'abord, la journée en elle-même qui leur est dédiée avec la mise à l'honneur de leur statut de blessé de la Nation. La reconnaissance symbolique de cette dernière devient un enjeu dans le processus de rétablissement des personnels blessés. Les moyens mis en œuvre (humains, matériels, financiers, etc.) et la diversité des institutions impliquées ce jour-là légitiment l'importance donnée à l'évènement auprès des militaires blessés physiques et psychiques.

L'indicible de l'expérience traumatique différencie les blessés psychiques des autres par le fait qu'ils ne peuvent pas mettre des mots sur ce qu'ils ont vécu et ne peuvent donc pas partager leur expérience. La parole permet de restaurer la communication et donc le lien entre humains (19). Lors de la création de la fresque et le jour de l'inauguration, des civils ont montré leur intérêt et de la curiosité sur la réalisation graphique. Les patients et les thérapeutes présents les ont sensibilisés à la journée Avec Nos Blessés. Les patients ont apprécié ces échanges concourant à la reconnaissance de leur statut de blessés. La lecture du discours par deux patients, expliquant toute la symbolique et les messages que les blessés souhaitaient faire passer, ont permis de

mettre des mots sur cette blessure invisible (19). Tous étaient fiers d'être allés au bout du projet, contrebalançant la honte intrinsèquement liée à la blessure psychique.

Enfin, ce projet fut un exercice d'exposition au facteur de stress dès l'élaboration de la fresque. Nous avions sous-estimé l'impact du cahier des charges imposé par le projet et qui a nécessité des ajustements constants des deux parties amenant les patients à nuancer leurs idées par la sublimation, le compromis au-delà de la colère… « Il ne faut pas représenter des soldats ! Mais on est des soldats ! ». Le militaire en tenue de combat, genoux à terre, est ainsi transformé au fil des différents symboles de la fresque. La gestion des émotions sur le site, et ce jusqu'à l'inauguration. Il s'agissait de mettre en pratique dans une situation de vie quotidienne les apprentissages expérimentés en hospitalisation. Un des patients témoigne ainsi d'avoir pu utiliser des traitements préconisés en cas de besoin : « J'ai dû utiliser mes traitements, ''si besoin'' faire des techniques de respiration, de la méditation et utiliser mon lieu sûr. J'avoue que c'est un des moments très difficiles de cette avancée dans la thérapie ». La présence et l'accompagnement des soignants ont offert un cadre contenant et ont limité le risque de décompensation thymique face à certaines prises de conscience : « Je vois une fois de plus que je ne serai plus la même personne qu'avant »[1].

4 Discussion

Ce projet de commémoration proposé par la CABAT au profit des blessés et en collaboration avec l'HIA a souligné d'emblée la difficulté à coordonner les contraintes imposées par la médiatisation et le travail de mise en confiance nécessaire au soin.

De par leur attachement à l'Institution et leur implication dans leur activité opérationnelle, les militaires blessés psychiques considèrent la reconnaissance institutionnelle comme une partie importante du parcours de soins. Le travail de Ribeton et Auxéméry sur la perception des soins par les patients concernés, en souligne la complexité (20). Le lien avec la société est tout aussi complexe entre un blessé psychique qui a été confronté à l'indicible et un public qui n'est pas prêt à entendre parler du sujet de la mort. Même si le lexique utilisé par les blessés montre un attachement aux soins en milieu militaire, il n'en demeure pas moins important que leur statut soit compris par la population. Cette communication est rendue très compliquée par la pudeur des uns et l'évitement des autres. Dans ce schéma de « crispation mutuelle », une médiation est nécessaire pour faire circuler la parole. La peinture en extérieur, accessible à tous, semble être un support idéal pour représenter l'indicible.

L'action de sensibilisation recherchée par ces évènements passe par l'exposition au public qu'il soit civil (de la famille aux inconnus) ou militaires (des pairs au commandement). Cependant, cette mise en avant, qui va dans le sens de la reconnaissance peut aussi mettre en position de vulnérabilité des blessés déjà fragilisés par leurs symptômes.

Le rôle du thérapeute prend ici toute son importance en permettant d'installer un cadre de travail sécure autour de processus de création (21). Les changements propres au blessé élaborant autour de sa souffrance, les relations entre patients, d'identification,

[1] Traitements prescrits par le praticien, administrés à la demande des patients ou en prise autonome en cas de nécessité.

de comparaison, les mises en lien qui se construisent autour de l'œuvre au fur et à mesure de sa création sont accompagnés par des soignants qualifiés et expérimentés qui en mesurent le sens et peuvent à tout moment, soutenir, interrompre, étayer le processus selon les émotions amenées (22). Le cadre, l'environnement, les étapes de la création artistique sont plastiques et s'adaptent autour de la dynamique psychique ainsi mobilisée. Le travail de groupe assure une identité groupale derrière laquelle chaque identité individuelle est protégée et où l'intimité peut être abordée à la diligence du patient. Lorsque cela a été nécessaire, une séance individuelle était proposée à l'issue de l'atelier.

Selon Dominique Sens (23), « lorsqu'une personne est en situation de vulnérabilité et de dépendance, il ne lui est pas toujours facile, pour des raisons d'ordre affectif ou cognitif, d'exprimer explicitement un refus ou un changement d'avis. » Ainsi, le rôle de l'équipe soignante s'est illustré dès l'élaboration du projet pour mettre en place les conditions nécessaires à ce que la protection des patients passe toujours avant le besoin de reconnaissance. Une évaluation régulière de l'accord de chaque patient a été interrogée à chaque séance. Cette préoccupation a été au centre de la coopération soignant/commandement. Le rôle de médecin militaire prend ici toute sa place dans une double priorité décrite par Lamblin *et al.* (21) où cohabitent la hiérarchie institutionnelle et les valeurs éthiques médicales. Ce positionnement à double facette a pu être ici valorisé et a permis de favoriser la communication vers un objectif bénéfique pour les deux parties. Tout d'abord le choix des patients pouvant participer au projet a été primordial, ainsi que leur répartition sur les différentes étapes, en respectant les souhaits et les limites de chacun. Ainsi, pour la réalisation de la fresque, nous avons créé un groupe fermé en favorisant des patients présents en hospitalisation ou habitant à proximité. Dès le départ, certains nous ont prévenu que les sorties hors de l'HIA seraient inenvisageables à ce stade de leur prise en charge. Nous avons également composé tout au long de la période avec la labilité de l'état émotionnel des patients et les contraintes matérielles du projet. La priorité était bien entendu de respecter la temporalité des patients et non celle de la commande, y compris en garantissant un « droit de retrait » si nécessaire (20). L'institutionnalisation du projet, en impliquant différents acteurs de tout corps de métiers, a également apporté une vision transversale et critique, garant supplémentaire contre un éventuel conflit d'intérêt.

Cette collaboration a également permis d'impliquer et de fédérer toute l'équipe du service de psychiatrie. À la suite de certaines séances par exemple, des résurgences anxieuses, des troubles du sommeil pouvaient survenir et étaient pris en charge par l'équipe médicale et paramédicale en hospitalisation.

Au niveau logistique, la perception des besoins entre soignants et CABAT était très différente. Bien que sensibilisé au SPT, les personnels de la CABAT peuvent sous-estimer certains symptômes qui ont toute leur importance dans ce genre de projet : effets indésirables des traitements, labilité émotionnelle, ochlophobie, etc. La confiance installée au fil de notre collaboration depuis plusieurs années avec la cellule déconcentrée a favorisé les interactions et a permis de se compléter plutôt que de s'affronter, toujours dans l'intérêt des blessés.

L'idée d'utiliser des œuvres créées par des patients, dans un lieu exposé au public, pour sensibiliser sur leur maladie est une question éthique déjà soulevée par l'art brut

et qui a nécessité également adaptation et compromis. En effet, il s'agit d'un travail d'expression artistique en lien avec la souffrance psychique qui, malgré les précautions d'accompagnement prises en amont peut être interprété différemment d'un spectateur à un autre et donc encore plus du patient au public, avec le risque d'être dépossédé de son message initial (20). Aussi, une des mesures préventives étaient d'informer les blessés dès le départ de la destination de leurs travaux afin qu'ils aient le choix d'adapter leur production. L'objectif de l'équipe de soins n'était pas ici un travail psychothérapeutique mais plutôt une fonction phorique d'étayage et de pare-excitation face aux facteurs potentiels de stress. Une autre mesure a été d'accompagner l'œuvre d'un texte explicatif. Il s'agissait du texte lu lors de l'inauguration qui aurait dû s'accompagner également d'une plaque explicative apposée au pied du bunker mais qui n'a pas pu être réalisée pour différentes raisons pratiques.

De plus, et c'est lié à la technique du graff, il existe une incertitude sur le devenir de cette fresque. En effet, la localisation du bunker sur la plage (dix minutes de marche pour y accéder) et ses longs murs en font un lieu privilégié pour de nombreux grapheurs pour y exercer leur art en toute discrétion. Le professionnel nous accompagnant sur le projet avait pris l'initiative de prévenir les auteurs des fresques précédentes que nous allions les recouvrir. Mais il est impossible à ce jour de prévenir les prochains sur le travail qui a été effectué. Dès le départ, les patients étaient au courant que cette fresque aurait une durée de vie limitée dans le temps. Nous pouvons donc nous questionner sur le sens à donner à ce travail au regard du temps et de l'investissement engagé. Sur le plan du soin, le travail d'élaboration de la fresque a pris une place importante dans l'évolution psychodynamique des blessés. En revanche, le but commémoratif aura été de courte durée.

Conclusion

La participation des services de soin à la journée « ANB » pose de nombreuses questions. Elle interroge aussi la pertinence de cette participation elle-même. Dans la mesure où les patients allaient être sollicités et au vu du sens thérapeutique du travail artistique envisagé, le choix du service a été de les accompagner. Cela a permis de limiter les répercussions délétères du projet, de prendre en charge la souffrance quand elle se manifestait et de rappeler les spécificités de la blessure psychique lorsque cela était nécessaire. Un autre intérêt de l'accompagnement soignant a été de donner du sens à l'ensemble sur un plan psychothérapeutique, en reprenant en séance individuelle les émotions qui avaient été fortement mobilisées, en guidant les patients dans un travail de lien, en les aidant à mettre des mots sur des maux.

Malgré tout, nous avons progressivement découvert l'ampleur du projet. Nous avions sous-estimé l'importance de la mobilisation émotionnelle sur les patients et donc l'importance du rôle des soignants. Cela nous a conforté dans la nécessité de les accompagner.

Ce type de projet de commémoration nécessite une coopération étroite de tous les professionnels impliqués dans le projet. Il montre la part importante de l'action combinée de tous les acteurs de la « réparation » qui s'inscrit dans un processus global et intégratif au sein duquel le SSA apporte sa contribution (22,23). Il montre aussi l'importance de l'acte et de la trace graphique comme outil thérapeutique mais aussi

de transmission et de lien. Les bénéfices peuvent être autant pour le blessé que pour son entourage.

L'implication des services de soins peut permettre de faire un travail de lien entre les différents interlocuteurs et de l'inclure dans une dimension de reconnaissance et de réparation et pas uniquement dans une action de communication. Le projet a pu prendre une dimension thérapeutique au sens de la construction d'une œuvre d'art thérapie si importante dans les soins des blessés psychiques. Il aurait peut-être pu être plus riche de participer au projet dès son élaboration afin de l'inclure dans un véritable projet de soins, d'en limiter les interactions potentiellement anxiogènes et de l'étayer par un travail psychothérapeutique en amont.

Consentement à la publication

Les patients ont signé un droit de publication sur les propos recueillis ainsi que sur les dessins produits et les photos prises lors de la journée d'inauguration par le service de psychiatrie.

Les photographes ont signé un droit de publication des photos prises.

Remerciements au linguiste relecteur : Antoine Garnier.

Références bibliographiques

1. Direction centrale du Service de santé des armées. Plan d'action 2011-2013 : « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées ». Note n° 564/DEF/DCSSA/AST/TEC. 10 mars 2011 (France).

2. Direction centrale du Service de santé des armées. Plan d'action 2013-2015 : « troubles psychiques post-traumatiques dans les forces armées ». Note n° 517996/DEF/DCSSA/CN.SMPA. 20 déc. 2013 (France).

3. Direction centrale du Service de santé des armées. Plan d'action 2015-2018 : « Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées ». Note n° 527740/DEF/DCSSA/AAD-EMP. 18 déc. 2015 (France).

4. Ministère des Armées. Plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018-2022 [En ligne]. Paris (FR) : le ministère ; oct 2017. [Cité le 04 juil 2023]. Disponible : https://archives.defense.gouv.fr/content/download/516049/8681615/Plan\%20d\%27accompagnement\%20des\%20familles\%20et\%20d\%27am\%C3\%A9lioration\%20des\%20conditions\%20de\%20vie\%20des\%20militaires\%20-\%202018-2022.pdf.

5. Thomas G, Lepape E, Mele E, Tourinel G. Reconnaissance, réparation et réhabilitation des blessés psychiques en service : enjeux et perspectives ? Médecine et Armées. 2019 ;47(1) :49-54. doi : 10.17184/eac.7279.

6. Ministère des Armées [En ligne]. Paris (FR) ; L'histoire de l'opération « Avec nos blessés », Disponible : https://www.defense.gouv.fr/nos-blesses/presentation/lhistoire-loperation-nos-blesses.

7. Ministère des Armées [En ligne]. Paris (FR) ; « Blessés : une réinsertion accompagnée grâce aux maisons Athos ». [Cité le 04 juil 2023] ; [environ 3 écrans]. Disponible : https://www.defense.gouv.fr/nos-blesses/actualites/blesses-reinsertion-accompagnee-grace-aux-maisons-athos.

8. Dubreu V, Vedrine J. Enjeux de l'expertise et problèmes soulevés par la réparation. Dans : Vaiva G, Lebigot F, Ducroq F, Goudemand M, directeurs. Psychotraumatisme : prise en charge et traitements. Paris (FR) : Masson ; 2005 ;151-5.

9. Irastorza E. Le rôle du commandement. Inflexions [En ligne]. 2013 [cité le 21 juin 2019] ; 23 :173-7. Disponible : https://www.cairn.info/revue-inflexions-2013-2-page-173.htm.

10. Thomas G. Intérêts et limites des hospitalisations séquentielles dans la prise en charge des états de stress post-traumatique. Annales Médico-psychologiques. 2018 ;176 :511-4. doi : 10.1016/j.amp.2018.03.004.

11. Ambrosi E, Schwartz KB. The profession's Image, 1917-1925, Part 1 : Occupationel Therapy as represented in the media. The American Journal of Occupationnal Therapy. 1995 ;49(7) :715-9.

12. Low J.F. The reconstruction aides. The American Journal of Occupationnal Therapy. 1992 ;46(1) :38-43. doi : 10.5014/ajot.46.1.38.

13. Chritiansen C, Haerti K. A contextual history of occupational therapy. [En ligne] Clinical reasoning in the Health professions. Elsevier Health Sciences ;2013 :p265-278. Disponible : https://mohsenibook.com/image/outputfiles/PDF/Occupational-Therapy/Occupational-Therapy.pdf.

14. Helou Chesnot O, Chidiac N. La médiation argile : une thérapie innovante dans le traitement du traumatisme et du post-traumatisme. Annales Médico-psychologiques. 2020 ;178 :1-9. doi : 10.1016/j.amp.2019.04.018.

15. Briole G, Lebigot F, Lafont B. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Collection scientifique de la revue Médecine et Armées et de la société française de médecine des armées. Paris : ADDIM, 1998.

16. Delion P. Fonction phorique, holding et institution. Toulouse (FR) : Erès ; 2018.

17. Briole G. Le debriefing pour un objectif : sortir le groupe de l'isolement et le sujet du groupe. In : Briole G, Lebigot F, Lafont B, Editors, Psychiatrie militaire en situation opérationelle, Paris :ADDIM. 1988 ;135-7.

18. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques, clinique et prise en charge. Paris (FR) : Dunod. 2011.

19. Favière F. Ma blessure de guerre invisible. Denguin (FR) : Esprit com'. 2013.

20. Ribeton M, Auxéméry Y. « Reconnaissance » et « réparation » des troubles psychiques de guerre : le point de vue des patients. Partie 2 : analyse de contenu du discours de quinze militaires blessés psychique de guerre. Annales Médico-psychologiques. 2018 ;176 :28-33. doi : 10.1016/j.amp.2016.08.015.

21. Chouvier B. La médiation dans le champ psychopathologique. Le carnet PSY [En ligne]. 2010 ;1 :32-5. Disponible : https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2010-1-page-32.htm.

22. Dikan A, L'art-thérapie, un soin à plusieurs dimensions. Soins Psychiatrie [En ligne]. 2019 ;323 :25-8. Disponible : https://soignetonart.dikann.com/IMG/pdf/soinspsy2.pdf.

23. Lecourt E, Lubart T *et al.* Les art-thérapies. 2e ed. Malakof (FR) : Dunod ; 2020 ;46-74.

24. Lamblin A, Duperrret S, Wey P-F, Einaudi M-A. Médecins militaires français en opérations extérieures : enjeux éthiques et perspectives. Droit, Santé et Société [En ligne]. 2019 ;4 :25-35. Disponible : https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2019-4-page-25.htm.

25. De Montleau F, Lapeyre E. Après la blessure. Les acteurs et les outils de la réinsertion. Inflexions [En ligne] 2013 [cité le 21 juin 2019] ;23 :93-100. Disponible : https://www.cairn.info/revue-inflexions2013-2-page93.htm.

26. Kédia M, Sabouraud-Séguin A. Institut de victimologie. Psycho-traumatologie en 51 notions. 3e éd. Malakoff (FR) : Dunod. 2020.